Caritas Diocesana di Roma

saluteZingara

a cura di
Salvatore Geraci
Bianca Maisano
Fulvia Motta

anterem

Caritas Diocesana di Roma

saluteZingara

a cura di
Salvatore Geraci
Bianca Maisano
Fulvia Motta

D'altro canto, nessun dato o evidenza è stata richiesta per giustificare il fatto che gli immigrati, i rifugiati ed i detenuti siano da considerare come un sottogruppo ad alto rischio di infezione da virus di Epatite B. Tuttavia, lo stesso Ministero della Salute greco ha praticamente ammesso che tutte le popolazioni summenzionate sono considerate ad alto rischio di infezione, visto che considera giustamente lo stesso tipo di rischio per le persone impegnate nelle associazioni di aiuto ai rifugiati o ai centri di ascolto e nelle prigioni.

In conclusione, a meno che delle misure immediate non siano prese, tra le quali, secondo 'DROM', la più importante sarebbe proprio quella della vaccinazione contro l'Epatite B, una popolazione di più di 500.000 persone sarà indubbiamente lasciata senza difese contro questa terribile malattia contagiosa, e di conseguenza probabilmente portata a morire. Il costo della terapia con interferone ai pazienti affetti da cancro causato dall'Epatite B è stimato essere 5 volte superiore al costo totale delle vaccinazioni, senza neppure calcolare il costo delle cure mediche.

DROM afferma che il diritto ad essere vaccinato dalle Autorità Mediche Statali, costituisce un diritto fondamentale umano e quindi un diritto sociale per chiunque, ed è determinato ad impegnare qualsiasi mezzo legale per vincere la sua campagna.

saluteZingara

Equipe di redazione: Salvatore Geraci (coordinatore), Bianca Maisano, Fulvia Motta, Carlo Ruggeri, Giovanni Baglio, Susanna Buffa, Gonzalo Castro Cedeno.

Foto: Marisa Castellazzo, Bianca Maisano e Carlo Ruggeri

Studio realizzato dall'Area Sanitaria della Caritas di Roma.

Si ringrazia per la fattiva collaborazione il Naga di Milano.

Si ringraziano i volontari, gli obiettori di coscienza e gli operatori della Caritas di Roma che in questi anni con il loro disinteressato impegno hanno permesso un reale incontro con la cultura Zingara.

Si ringraziano gli Zingari per la pazienza nel sopportare dei gagè che oltre a cercare di aiutare hanno tentato di capire, non sempre riuscendoci.

Commenti, integrazioni, aggiornamenti e suggerimenti sono graditi.
Per ulteriori informazioni contattare:
Area Sanitaria Caritas - Via Marsala, 97 - 00185 Roma
Tel 06.445.47.91; fax 06.445.70.95; email caritas@iol.it

Edizioni Anterem
Via A. Sommovigo, 19/d - 00155 Roma
Finito di stampare nel Dicembre 1998 dalla Tipolitografia D.D.L. Grafica per conto della Anterem.

A don Luigi Di Liegro
amico del popolo Zingaro

Indice

PARTE TERZA

esperienze sul campo

PARTE QUARTA

aspetti normativi

PARTE QUINTA

bibliografia ragionata

APPENDICI

ambiti progettuali

Zingari, salute e convivenza sociale

presentazione di Livia Turco
ministra per la Solidarietà Sociale

La presenza degli Zingari, soprattutto nelle grandi città, Roma in particolare, è una presenza estremamente visibile anche se numericamente contenuta. È forse una delle presenze che maggiormente inquieta ed infastidisce, in quanto su questa popolazione pesano forti pregiudizi e spesso le politiche di inserimento sono fiacche ed inadeguate.

Sugli Zingari che vivono nei campi più o meno attrezzati, più o meno abusivi alle periferie delle nostre città, pesano forti condizioni di marginalità culturale, sociale e anche sanitaria.

Probabilmente è il luogo dove è possibile verificare come la salute non può prescindere da un'adeguata protezione sociale, e dove la cultura influenza la percezione e l'espressione del bisogno rendendolo illeggibile e provocando eventuali risposte del tutto inadeguate.

Protremmo dire che gli Zingari rappresentano oggi, per chi si occupa di sociale, una sfida ed una provocazione.

Una sfida, perché occuparsene seriamente e destinare risorse, valorizzando la loro cultura e la loro appartenenza, è certamente controcorrente rispetto a una opinione pubblica che li vede diversi, fastidiosi e "causa dei loro mali". Una provocazione per una società che si prefigura onnipotente e che, tuttavia, non riesce ad assicurare livelli minimi di convivenza sociale ad una piccola parte della sua popolazione.

Eppure la loro presenza è anche una risorsa. Chi ha potuto incontrare gli Zingari, seppure su un piano del bisogno, ha riscoperto la necessità di una attenzione che vada oltre le apparenze, sono necessari interventi, che non siano solamente risposte standard e omologate, azioni e processi che possano essere modelli per una società che, proiettata in avanti, lascia sempre più in dietro frange maggiori di popolazione, di cui gli Zingari sono solo l'espressione più 'pittoresca'.

Di questo, partendo da una esperienza decennale di lavoro nei campi zingari, la Caritas ha voluto parlare in un volume che riporta i risultati (in progress) di questo impegno.

La chiave d'accesso è stata quella di fornire una risposta sanitaria a delle situazioni di estrema marginalità, dalla completa assenza di copertura vaccinale dei bambini

alle malattie della povertà, alla difficoltà di accedere ai servizi sanitari e sociali pubblici. Ciò ha permesso, superando tentativi falliti ed errori d'approccio, di identificare una metodologia di avvicinamento a questa popolazione, di valorizzazione delle loro risorse e di coinvolgimento delle strutture pubbliche per innescare un processo di convivenza ed inserimento adeguato.
Ciò ha un senso se supportato da consapevoli scelte politiche nazionali e locali soprattutto in ambito sociale.
Quello della Caritas intende essere un significativo contributo per attivare il dibattito, che speriamo possa finalmente essere scevro da pregiudizi e luoghi comuni.
Partendo da una esperienza positiva, come quella qui descritta, a mio avviso si può trovare uno stimolo ad andare avanti nel concretizzare le politiche di sostegno allo sviluppo ed all'integrazione delle comunità zingare.
È necessario essere testardi nella convinzione che per questo, come del resto per altri gruppi, è possibile un inserimento sociale rispettoso delle differenze, che riesca ad integrare senza annullare la specificità e, nello stesso tempo, ad essere rispettoso senza atomizzare ed isolare.
Abbiamo perso troppo tempo a parlare dei difetti della popolazione nomade, senza interrogarci per niente sulle nostre carenze, che quei difetti talvolta hanno causato e altre volte hanno ingigantito.
È tempo, da parte nostra e da parte loro, di muorverci in maniera più positiva. Il Consiglio d'Europa ha fornito da tempo due preziose indicazioni in tal senso (risoluzioni 125/1981 e 249/1983):
- bisogna suscitare la partecipazione e il sostegno degli stessi nomadi all'insieme delle misure che li riguardano e incoraggiarli a prendere parte attiva nella amministrazione delle strutture esistenti;
- bisogna portare i nomadi alla ricerca di mezzi di adattamento alle trasformazioni della società contemporanea, senza costringerli però a rinunciare alla loro identità e ai loro valori.
Il volume della Caritas è un invito ad andare avanti in tale direzione, a partire da un diritto fondamentale come quello della salute per includere altri diritti non meno importanti.
Mi auguro che tale invito venga raccolto nella maniera più ampia possibile.

Incontri possibili

prefazione di Guerino Di Tora
direttore della Caritas Diocesana di Roma

Leggendo le pagine di questo libro, puntuale resoconto di un'esperienza che si autodefinisce *su strada*, capita di non riuscire più a capire chi effettivamente ne sia il soggetto.
I medici volontari? Gli Zingari? Le strutture sanitarie del territorio?
È come se, da qualsiasi parte la si guardi, prevalga la sensazione che, sotto una realtà che sembra immobile, *qualcosa stia fermentando*.

Qualcosa si muove nella *saluteZingara* non solo a Roma, ma in diverse regioni italiane e, con un cammino più o meno consolidato, in molte parti del mondo: Inghilterra, Ungheria, Spagna, Grecia, Francia per citare le esperienze con cui l'équipe romana si é più direttamente confrontata.
E ciascuno può essere coinvolto in questo movimento di *trasformazione* nella misura in cui accetta di mettersi in gioco con tutto se stesso. Il volontariato come l'istituzione pubblica, il singolo come la comunità, lo Zingaro come il gagé.

In un'epoca in cui la politica per la promozione della salute rischia, un pò dovunque, di perdere i criteri di riferimento che l'hanno generata, lavorare per la *saluteZingara* significa investire in ciò che appare perdente, improduttivo; accettare il rischio di avventurarsi in un percorso nuovo; riaffermare che al centro dell'attenzione delle nostre società ci deve essere la persona riconosciuta e curata nella sua imprescindibile unicità. Ontologica, prima che culturale o giuridica.
Il medico sa che l'incontro vero con l'altro non lascia mai uguali a se stessi.
Impara ascoltando, simpatizzando, immedesimandosi nella storia e nella sofferenza dell'altro.
Impara soprattutto dalle persone meno 'pazienti' che mettono in discussione, che non accettano passivamente diagnosi, cure e sentenze.
È un fatto di reciprocità.
Da entrambe le parti é indispensabile l'accoglienza della propria ferita, del proprio limite di fronte al mistero dell'altro mai pienamente penetrabile.
Ma questo *mistero* é possibile riconoscerlo, accoglierlo, servirlo.
Servire l'altro nel suo essere diverso, Zingaro o gagé che sia, é il cuore dell'esperienza cristiana ed il culmine di ogni esperienza autenticamente umana.

È proprio questo anche il percorso silenzioso su cui ha camminato, in semplicità e senza clamore, il santo zingaro Ceferino Giménez Malla (1861-1936), meglio conosciuto come *El Pelé*, beatificato a Roma il 4 maggio 1997.
Della sua vita, più che il momento del martirio, ricordiamo un episodio dietro il quale però é possibile leggere con nitidezza l'orientamento dei passi, a piedi o a cavallo, di tutta la sua esistenza.

Camminando per strada - siamo nel 1919 - Ceferino si accorge che Don Rafaél Jordan, uno dei notabili della città di Barbastro, ex sindaco, giace riverso a terra. Malato di tubercolosi, l'uomo ha avuto un improvviso sbocco di sangue. Nessuno dei presenti se la sente di avvicinarsi, temendo il contagio. Il Pelé si avvicina, lo prende tra le braccia, e lo riaccompagna a casa.
Niente di più naturale per chi, in ogni occasione del quotidiano, impara a scegliere l'attenzione all'altro, chiunque sia, come criterio primo del proprio agire.

Il Pelé, come la maggior parte degli Zingari, non ha lasciato parole, né tanto meno ha scritto libri.
Ma la sua vita semplice e sorprendentemente ordinaria, da vero Zingaro, lo rende rappresentante autentico della sua cultura, in sé mosaico di etnie e percorsi storici differenti.
Una vita ricca di spunti per chi volesse continuare a scrivere i prossimi capitoli dell'affascinante storia di incontri possibili. Tra Zingari e gagé.

Anche questa é *saluteZingara.*

La promozione della salute “con” gli Zingari

introduzione di Salvatore Geraci
responsabile Area Sanitaria della Caritas Romana

Era una fredda giornata di tramontana del mese di marzo 1987. Accompagnati dagli amici dell’Opera Nomadi, per la prima volta con un camper attrezzato a Centro Medico Mobile, entrammo in un campo Zingari di Roma. Avevamo fatto grandi fantasie su quel momento, avevamo curato ogni particolare, i nostri particolari: equipaggiamento sanitario per ogni evenienza, quasi fossimo in zona di guerra, tante medicine, unità di rianimazione manuale, un generatore di corrente supplementare, riserva d’acqua, una équipe con un chirurgo, un medico di medicina generale, una infermiera ed altro personale di supporto. Davanti a noi una macchina con quattro operatori dell’Opera Nomadi che ben conoscevano quel campo o meglio quella specie di discarica sulla Casilina che da lì a poco sarebbe dovuta ‘scomparire’. Il campo era desolato in quella fredda e ventosa mattinata, sembrava enorme e deserto. Appena scesi ci dividemmo per incontrare gli abitanti che per lo più se ne stavano chiusi in baracchine appoggiate a roulottes sgangherate. Mentre giravamo, una bimba attirò la nostra attenzione, era dentro ad un maglione molto più grande dei cinque anni che poteva avere, la copriva fino al ginocchio, giocava tranquilla a piedi nudi. Un’immagine consueta ci dissero; ma la nostra attenzione si concentrò su una ferita appena sotto la caviglia, una brutta ferita come da una scottatura, sporca e probabilmente infetta. Andammo cautamente e con quanta più gentilezza potemmo a dirle che dovevamo curare la su ‘bua’: ci guardò certamente disturbata ma non impaurita e con decisione ci disse di no e continuò a giocare. Mentre gli altri dell’équipe cominciarono a misurare le pressioni sanguigne ad alcuni giovanotti che spavaldamente avevano rotto gli indugi, noi andammo con discrezione dal genitore della bimba che poco lontano aveva seguito tutta la scena. Gli spiegammo il fatto e chiedemmo di poter disinfettare la ferita di quella bimba cercando di illustrare con semplicità e precisione le conseguenze della possibile infezione. Il padre ci guardò mentre continuava indaffarato a sistemare delle lamiere; ci chiese in un approssimativo italiano cosa avesse risposto la bambina, ed al nostro racconto, riprendendo l’improbabile occupazione, rispose gentilmente ma con decisione che se la bambina non voleva, noi non potevamo fare nulla.
Quella mattina di tramontana di undici anni fa racchiude il motivo di questo libro,

del nostro impegno, delle nostre ricerche.
Occuparsi di promozione di salute tra gli Zingari concretamente significa mettersi in discussione, abbandonare le certezze dei manuali e reinventare modalità di approccio, di intervento, ridefinire le priorità, riconoscere gli errori ed essere in grado di ricostruire percorsi relazionali e terapeutici. Una medicina a favore degli Zingari è una medicina di domande prima che di risposte. E le domande sono già processo terapeutico, sono già sistema di cura.
È svuotare il camper attrezzato ad ambulatorio mobile di tecnologia e riempirlo di umanità, di attenzione, di rispetto per un 'sistema altro' che poco conosciamo e che difficilmente comprendiamo.

Ma i bambini possono morire di freddo o di incidenti domestici in un ambiente che di domestico ha spesso ben poco se non il reale affetto della propria famiglia; le donne partoriscono e i bambini nascono in condizioni sociali veramente sfavorevoli; i diritti acquisiti di tutela preventiva della salute sono a questa popolazione nascosti o illeggibili; gli incidenti, le reazioni ad un ambiente comunque ostile sono frequenti e l'alcol può essere una fuga; oggi le nuove generazioni metropolitane sono a rischio droga più che in passato in quanto il *cammino*, anche solo mentale del popolo nomade, è sempre più ristretto, è accerchiato.

Noi non possiamo *non capire ma adeguarci*. Da buoni scientisti occidentali siamo pressati da un pragmatico impegno. Certo. È urgente, è dovuto soprattutto per coloro che politiche indifferenti o superficiali hanno rinchiuso in riserve prima culturali che fisiche, prima emarginanti che degradanti.
Ma l'urgenza non ci esime da capire, da cercare di leggere un fenomeno ben più articolato di ciò che definiamo come condizione di 'marginazione sociale'. L'urgenza non giustifica gli errori d'approccio che invece di colmare, fanno aumentare le distanze tra 'noi e loro'. L'urgenza di vaccinare, di curare, di educare ... non può che coniugarsi con un cammino comune che deve prevedere una acculturazione progressiva dell'operatore che incontra lo Zingaro ed una visibile partecipazione nei processi di previsione e pianificazione degli interventi da parte dello stesso popolo zingaro.

La storia del progetto della Caritas per la promozione della salute degli Zingari, è la storia di alcuni fallimenti, spesso di errori soprattutto di metodo; ma nel contempo è la storia di un 'tempo perso' a ridefinire ambiti, a rimotivarsi, a riscoprire strategie. È 'tempo perso' tra gli Zingari, con gli Zingari: potremmo dire che è la condivisione di un 'tempo perso' secondo i nostri parametri.
Ma questo 'perdere tempo' o meglio 'prendere tempo' per gli Zingari, ci ha permesso di scoprire molte cose e forse anche di rendere più efficace il nostro impegno.

Oggi parlare di Zingari indigna. Indigna i politici e la gente comune perché siamo sempre più convinti che essi siano 'causa dei loro mali'; indigna perché non vediamo alcun sforzo da parte loro a 'cambiare'; indigna perché con loro bisogna 'perdere tempo' e comunque non ottieni nulla.
E ciò indignava una persona come mons. Luigi Di Liegro che certo non si risparmiava per aiutare questo popolo, come l'indignava una cultura, la nostra, sempre certa delle sue scelte, delle aree attrezzate che non c'erano, di regolamenti pensati

sul sospetto, di politiche per il controllo e non per la tutela, spesso alla ricerca di facili consensi piuttosto che di scelte coraggiose e lungimiranti.
E parlare di Zingari indigna anche noi, operatori della salute, per la superficialità con cui le Università ci hanno insegnato ad operare, a trarre conclusioni, a identificare progetti. Ci indigna perché dobbiamo sbagliare per capire, perché i nostri errori spesso li facciamo dando la colpa ad altri. Ci indigna vedere ancora popolato il 'campo discarica' di 11 anni fa perché non si trova di meglio.
Ma parlare di Zingari indigna gli Zingari stessi, trattati come coloro che non vogliono, non possono, non riescono. Distanze che aumentano e abbandonano ad una deriva sociale una parte di questa popolazione.

L'incertezza metodologica, il 'perdere tempo', l'indignazione si sono rivelate delle consonanze impreviste per ridefinire un impegno, un ambito progettuale via via più efficace.
Nel libro parliamo di questo, in sintonia spesso con altri progetti che in tempi diversi, con percorsi diversi, in diverse parti d'Italia si sono attivati per una *saluteZingara*.
saluteZingara per sottolineare l'indissolubilità tra cultura, percezione del proprio corpo e dei propri bisogni, condizione sociale, discriminazione.
saluteZingara per evidenziare che non è possibile prescindere da una partecipazione consapevole del popolo zingaro nell'identificare priorità e tempi nelle risposte.
saluteZingara per enfatizzare la necessità di scelte anche di aziende sanitarie che devono saper leggere costantemente una realtà ma che devono anche schierarsi, investire delle risorse, uscire dalle proprie strutture.

Dopo aver misurato pressioni, auscultato toraci e cuori, palpato qualche addome di giovanotti in buona salute, dopo aver dato qualche medicina senza particolare convinzione, dopo avere risposto ad alcune domande su improbabili malattie, in quella giornata di marzo di undici anni fa una bambina ci chiese di lavargli un piedino che cominciava a farle male ... e fu la cosa più bella che potevamo fare.

PARTE PRIMA

GLI SCENARI SOCIO-CULTURALI

di Fulvia Motta

con la collaborazione
di Pier Luigi Spada, Gianfranco Butera e Ciro Canetta

Area Sanitaria Caritas di Roma

Premessa

La nostra cultura non abbraccia tutto, é limitata; oltre le sue frontiere troviamo ciò che non conosciamo. Ci é estraneo ciò che non ci appartiene ma nello stesso tempo proprio ciò che é estraneo ci tocca dentro perché non ci lascia mai indifferenti.
Di fronte a questo estraneo ci comportiamo in modo ambivalente: da una parte fa nascere in noi la paura e ci chiudiamo nel nostro mondo piccolo; dall'altra però ci affascina e ci chiama fuori da noi.
Se ci apriamo allora avviene che le frontiere si spostano e qualcosa in noi cambia, veniamo trasformati.

Mario Erdheim, psicologo tedesco, 1991

La cultura viene definita da Weber come un *insieme complesso di simboli, valori e rappresentazioni, in base a cui l'uomo spiega e organizza la sua presenza nel mondo.* Essa consente di selezionare nell'arco infinito delle possibilità, solo alcuni comportamenti, alcune tecniche, alcune credenze in funzione della gerarchia dei valori adottati da un singolo gruppo umano, così come in natura esistono migliaia di suoni differenti, ma nessuna lingua li utilizza tutti contemporaneamente. Al contrario ogni linguaggio seleziona solo una parte di questi suoni, riordinandoli in un sistema di significati.
Questi concetti non ci sono nuovi, li conosciamo dai testi di antropologia e psicologia, ma per noi operatori sanitari, calati in realtà operative, spesso rimangono astratti. Finché non ne facciamo esperienza diretta.
È evidente che parlare di salute entrando in un contesto culturale 'altro', come quello vissuto dagli Zingari, non può che interrogarci su come e dove collocare le nostre presunte certezze: il concetto stesso di salute, la prevenzione, il significato dello star male, il benessere, o più semplicemente il peso delle funzioni del proprio corpo, le relazioni gerarchiche tra chi sta male e chi deve curare. Cose che noi, nel nostro contesto culturale diamo per scontate perché la cultura modella talmente il nostro vissuto quotidiano da diventare ovvia, inconsapevole: è come quelle parti del corpo che utilizziamo senza accorgercene fino a quando qualcosa non funziona più. Solo quando ci troviamo di fronte a chi esprime un altro sistema di valori ed una gamma di comportamenti per lui *naturali* ma per noi *diversi* siamo messi di fronte all'inconsapevole culturale e, ciò che fino ad un momento prima era scontato, diventa non più così *ovvio*, così *naturale* (Diasio, 1995).

Lasciando agli antropologi i necessari approfondimenti e rimandando ciò a testi specifici, iniziamo il nostro viaggio nel *territorio zingaro* con l'atteggiamento di chi più che di certezze, è portatore di una disponibilità all'incontro, più che modelli propone ascolto e, come vedremo in seguito nell'esperienza romana, più che su gli obiettivi raggiunti si interroga e riflette su gli errori.
Il tentativo di descrivere gli scenari socio-culturali e sanitari è per cercare di dare una prima risposta a quelle semplici domande che ciascuno si pone: da dove vengono? quanti sono? come vivono? è una cultura debole o forte? perché viaggiano? come si mantengono?
Ed ancora: esiste un sistema medico zingaro? ci sono dati sanitari? quali sistemi di cura?
Ed infine: cosa significa fare promozione umana in campo sanitario fra gli Zingari, oggi?
Le risposte a volte non sono semplici e ci proiettano in altre domande, in un affascinante gioco dove i ruoli si invertono ed è l'esploratore ad essere 'esplorato', il medico ad essere 'curato'. E le frontiere si spostano, ancora oltre.

Da dove vengono?

Il Signore, quando stava per tornarsene in paradiso, chiamò a raccolta nella Grande Plaza tutti i popoli del mondo e disse loro: «Domani vado in Paradiso, ma prima di partire assegnerò il suo posto nella vita a chi si presenterà qui. Chi arriverà troppo tardi, si arrangerà ».
Così, prima di andarsene assegnò ad ognuno una posizione: chi divenne maestro, chi dottore e così via. C'erano anche due Zingari molto pigri ed uno disse all'altro: «Guarda, cugino. Il Signore va via oggi. Se ne va in cielo e tutti sono già andati a farsi dare il proprio destino. Arriveremo tardi.»
Si misero a correre verso la Grande Plaza e quando vi arrivarono trovarono il Signore che già stava partendo, dato che erano stati così pigri. Allora lo chiamarono: «Ma padre, hai assegnato un destino a tutti gli uomini al mondo. Vuoi proprio andartene lasciando gli Zingari senza un posto assegnato?»
Il Signore, allora, disse: «Andrete avanti come potrete».
E così se ne andò, lasciandoci senza un posto definito e che ci arrangiassimo un pò come potevamo. Ora questa leggenda è mia, però è la verità. Gli Zingari vivono d'espedienti e mangiano come possono. A loro non è stato assegnato un posto preciso nel mondo.

favola zigana, Spagna, 1971

Questa versione sulla propria origine, raccolta da Diane Tong (1990) e registrata per la prima volta in Spagna nel 1971, sintetizza chiaramente l'impressione che si ha quando si cerca di ricostruire la storia degli Zingari: a loro non è stato assegnato un posto preciso nel mondo.
Originari dell'India del nord, per motivi non ben conosciuti partirono per la Persia in diversi periodi fra il 250 ed il 650 d.C. (Kenrick, 1995); le cronache persiane conservano varie tracce della loro permanenza nel paese descrivendoli soprattutto come bravi musicisti; è del 1011 questa versione del poeta persiano Firdausi:

I governatori locali dello scià gli riferirono che i poveri si lamentavano del fatto che i ricchi bevevano vino in compagnia della musica, mentre i poveri dovevano bere senza musica. Lo scià inviò una lettera per mezzo del dromedario a Shengil, dicendo: Scegli diecimila Luri, uomini e donne, esperti nel suonare il liuto. Quando i Luri arrivarono, lo scià li ricevette, diede a ciascuno di essi un bue e un

asino, perché voleva che diventassero contadini. Diede loro inoltre mille sacchi di grano, perché coltivassero la terra con i buoi e gli asini, usassero il grano come semi e suonassero la musica per i poveri, senza compenso. I Luri partirono e mangiarono i buoi ed il grano. Poi ritornarono alla fine dell'anno con i volti pallidi. Lo scià disse loro: Non dovevate distruggere i semi di grano. Ora avete solo gli asini. Mettete tutto quello che avete sulla loro groppa, tenete pronti i vostri strumenti e mettete corde di seta su di essi. Questi Luri, anche ora, continuano ad errare, a trovare espedienti per sopravvivere, a dormire con cani e lupi, sempre sulla strada, ed a rubare giorno e notte.

(Kenrick, 1995)

Tra il XIV e il XV secolo si diffusero per tutta l'Europa; Donald Kenrick (1995) spiega così questa nuova migrazione: "L'impero greco si espanse... ciò provocò un'altra migrazione, questa volta verso la capitale Costantinopoli, sia perché la capitale richiamava coloro che cercavano lavoro, sia perché il viaggio attraverso il Bosforo era particolarmente breve. Nel frattempo, alcuni Zingari seguirono una strada diversa nel nord-ovest fino in Europa, mentre altri andarono verso sud, nella penisola arabica, in Egitto e attraverso l'Africa settentrionale... Diverse sono le ragioni per cui gli Zingari hanno voluto lasciare l'Asia per approdare in Europa. Innanzi tutto la contagiosa Morte Nera, che arrivò a Costantinopoli nel 1347; poi perché nel 1390 i Turchi sconfissero i Greci in Asia; infine perché, dieci anni dopo, la battaglia di Aleppo segnò l'avanzata dei Mongoli sotto Tamerlano. In questo periodo si verificò più una 'spinta' all'emigrazione, che non un''attrazione' da parte della stessa Europa".
A questo punto, la loro storia si è incrociata con quella dell'occidente. Hanno trovato un occidente irresistibilmente potente, in continua strutturazione sociale, che ha ben presto affrontato le società minori assimilandole o rigettandole perché non consone al suo modello culturale. Così quella degli Zingari si è trasformata in storia minore, sotterranea, 'invisibile' nelle cronache e nei documenti dell'occidente e spiega perché la documentazione che li riguarda (sempre compilata da altri) sia soprattutto fatta di provvedimenti contro di loro: furono messi al bando, puniti e repressi in tutti i modi (Viaggio, 1997).
I testi specializzati di storia degli Zingari sono in realtà un lungo elenco di questi provvedimenti; Jean Pierre Liégeois (Karpati, 1991) distingue tre tipi di politiche adottate contro gli Zingari: l'*esclusione*, la *reclusione* e l'*inclusione*, tutte rientranti nel medesimo quadro della *negazione*.
La politica dell'*esclusione* tende a cacciare i diversi e soprattutto questi stranieri accusati di eresia, di stregoneria, di spionaggio, di diffusione della

peste. Ai decreti di bando si aggiunsero punizioni corporali che potevano arrivare fino alla morte.
La politica della *reclusione* seguiva il piano di sfruttamento degli Zingari, che di solito era concepito come una punizione d'ordine penale, a volte solo per la mancata osservanza dei decreti di bando, e consisteva in lavori forzati, schiavitù, condanna alle galere che avevano bisogno di sempre nuove braccia ai remi.
Sin dalla loro comparsa in Italia, nel 1422, in forma di penitenti o pellegrini diretti a Roma per chiedere perdono al Papa di aver rinnegato la fede cristiana, vivevano di elemosine pubbliche o private. Nell'Italia di quel periodo, ferveva l'operosità e l'iniziativa sia del singolo individuo, sia degli stati sovrani che si combattevano tra loro per la supremazia territoriale ed economica, cosa che si estendeva in tutta Europa, anche se in forma minore. Si comprende così, come la situazione degli Zingari fosse diventata nel tempo sempre più precaria: chi non si arruolava ed era in grado di lavorare era dunque anzitutto un vagabondo prima che povero, o meglio era una specie di 'finto' bisognoso. Il voler continuare a mendicare, in un'ottica che coniuga il senso cristiano della carità a quello egualmente cristiano della condanna dell'ozio, viene visto come un delitto e chi pratica tale attività viene accomunato ai vagabondi per professione ed agli oziosi: paradossalmente lo sviluppo della filantropia accentua la repressione sociale e non soltanto verso gli Zingari (Viaggio, 1997).
La politica di *inclusione* mira all'annullamento degli Zingari come etnia mediante l'assimilazione più o meno sfumata. L'Illuminismo adottò la formula dell'assimilazione forzata vietando agli Zingari di usare il proprio nome, di parlare la propria lingua, di esercitare i mestieri tradizionali, di sposarsi fra loro. Furono sottratti figli ai genitori, per essere chiusi in istituti, 'rieducati' e dati in affidamento ed adozione. Un recente studio storico, presentato l'estate scorsa a Berna dal consigliere federale Ruth Dreifuss, sulla politica di eliminazione del nomadismo in Svizzera, denuncia queste pratiche che dal 1926 al 1972 hanno strappato in questo paese oltre 600 bambini zingari alle loro famiglie.
A partire dal 1945 la politica di inclusione diviene generale: gli Zingari, come gli altri nomadi, sono considerati dei disadattati che pongono problemi sociali e psicologici. Non vengono più banditi o 'chiusi' fisicamente, ma controllati e inquadrati, si nega loro il nome di Zingari o Rom e diventano nei testi ufficiali 'gente del viaggio' o 'popolazioni di origine nomade', senza una vera cultura ed una vera lingua. Si tende a cancellare ogni tratto culturale per far emergere il 'problema sociale' che permette di adottare nei loro confronti speciali misure di controllo.
Storicamente in Europa soprattutto gli Ebrei e gli Zingari sono stati giudicati come 'corpo estraneo', nemico della collettività; la presenza degli Zingari in occidente è stata ciclicamente additata come caratterizzata dal far finta di integrarsi per continuare a coltivare i propri interessi e non quelli della col-

lettività. Dunque per questo, cacciati o relegati in ghetti, tollerati o decisamente perseguitati.
Però i rapporti tra gli Zingari e il resto della popolazione non risultano essere sempre improntati alla diffidenza e all'intolleranza reciproca. E' infatti difficile immaginare come sia stato possibile per le famiglie e i gruppi zingari riuscire a sfuggire alle persecuzioni costanti senza un minimo appoggio delle popolazioni locali. In realtà, la situazione è estremamente variegata: accanto all'ospitalità e alla convivenza che in frequenti casi diviene proverbiale, sussistono lungo i secoli vere e proprie cacce all'uomo fomentate dalle autorità e richieste a gran voce dalle popolazioni (Viaggio, 1997).
Un'ultima riflessione sorge nel constatare l'assenza di una 'storia ufficiale' degli Zingari, nonostante la loro presenza secolare in Europa e la loro partecipazione alle vicende sociali e politiche dei vari paesi ospiti: gli Zingari, considerati come un popolo unico o come appartenenti a frammenti di un antico popolo disperso nel mondo, non hanno mai fatto la guerra contro nessun altro popolo. La storia europea è soprattutto una storia di guerre e non c'è perciò mai stato spazio per un popolo al quale, come dichiara oggi Bratislav Kostic, profugo della ex-Iugoslavia "non interessa né questa guerra, né altre guerre, come del resto non concepisce nessun tipo di guerra; il Rom è un uomo di pace, non riesce a trovare nessun motivo valido per dichiarare valido un conflitto; infatti nella guerra non ci sono né vincitori né vinti, ma solo perdenti: tutti ne escono sconfitti, perché si esce sempre sconfitti dalla morte, da qualsiasi parte venga" (Osella, 1997).

Quanti sono?

Nessuno sceglie il luogo in cui nasce.
Nessuno sceglie il momento in cui entra nel mondo
ma ognuno é chiamato a lasciare delle tracce
ognuno é chiamato a vivere una vita ed a raggiungere una meta
a far crescere il germe unico che porta dentro di sé.

Gioconda Belli, poetessa nicaraguense, 1990

E' molto difficile ricostruire la presenza numerica degli Zingari nel mondo ed in Europa perché bisogna basarsi su una messe di dati statisticamente disomogenei ed incompleti che si prestano in realtà assai poco alla comparazione tout court. Diversi sono i fattori che stanno alla radici della confusione generale che regna nel mondo delle statistiche etniche: la differenza nelle definizioni di 'Zingaro' riconosciute ed utilizzate dai vari paesi nel computo statistico della popolazione, la frequente ritrosia degli Zingari a dichiararsi ufficialmente nei censimenti ed il fatto che diversi paesi dell'Europa centrale ed orientale a tutt'oggi non riconoscano il diritto delle comunità zingare a proclamarsi tali (UNICEF, 1994).
Il sociologo Tomas Acton calcola che fuori dal subcontinente indiano ci siano dai 10 ai 12 milioni di Zingari e forse 20 milioni vivano nella sola India (Tong, 1990); complessivamente in Europa sono presenti dai 6 agli 8,5 milioni divisi, a grandi linee, in Rom, prevalentemente nell'Europa Orientale, Sinti in quella Occidentale e Gitani in Spagna (ASPE, 1996).

La politica di deportazione ha disseminato gli Zingari in altri continenti: la Francia ne inviò in America Settentrionale e l'Inghilterra in Australia, mentre il Portogallo inviava le sole donne in Angola e Capo Verde, prima delle deportazioni in America, datandosi al 1574 il primo arrivo di Zingari in Brasile. Va tenuto presente che gli Zingari del Vicino Oriente si erano già spontaneamente spostati verso l'Africa Settentrionale, dove vivono tuttora, a Nawar in Egitto e a Kaulji nel Magreb. Tra il 1855 ed il 1880, con la fine della schiavitù in Romania, vi fu un'altra ondata di migrazioni in America del nord e del sud (Karpati, 1991). Intorno al 1920 un numeroso gruppo di Zingari si trasferì a Boston, proveniente dall'Argentina, dove era emigrato dalla Russia intorno al 1880. Negli Stati Uniti si stima che siano presenti attualmente 500.000 Zingari, che si concentrano nelle aree urbane: sono

circa 15.000 a Los Angeles e 10.000 a Chicago. Sono più numerosi nel Massachusetts, New York, Virginia, Illinois, Texas e nella West Coast, ma si possono ritrovare in tutti gli stati. In Australia sono arrivati come rifugiati ed immigrati, attualmente si stima una presenza compresa tra 20.000 e 40.000 persone.
La distribuzione nei differenti paesi europei varia a seconda delle fonti, per le ragioni sopra descritte, ed i dati riportati sono relativi a censimenti precedenti il crollo dei regimi socialisti dei paesi dell'Est che, insieme alla guerra nella ex Iugoslavia, hanno determinato una forte migrazione verso l'occidente.

POPOLAZIONE ZINGARA IN EUROPA

PAESE	*Lockwood (1) 1985*	*Karpati (2) 1991*	*Liégeois (3) 1995*	
			minimo	*massimo*
Albania	80.000	80.000	90.000	100.000
Austria		10.000	20.000	25.000
Belgio		10.000	10.000	15.000
Bulgaria	475.000	350.000	700.000	800.000
Rep.Ceca e Slovacca	410.000	300.000	730.000	820.000
Danimarca		70 famiglie	1.500	2.000
Finlandia		6.000	7.000	9.000
Francia		300.000	280.000	340.000
Germania		60.000	110.000	130.000
Gran Bretagna		100.000	90.000	120.000
Grecia		120.000	160.000	200.000
Irlanda		20.000	22.000	28.000
Italia		80.000	90.000	110.000
Ex Iugoslavia	850.000	700.000	698.000	810.000
Norvegia		250	500	1.000
Olanda		35.000	35.000	40.000
Polonia	70.000	40.000	40.000	50.000
Portogallo		30.000	40.000	50.000
Romania	760.000	560.000	1.800.000	2.500.000
Spagna		400.000	650.000	800.000
Svezia		6.000	15.000	20.000
Svizzera		15.000	30.000	35.000
Turchia			300.000	500.000
Ungheria	560.000	350.000	550.000	600.000
Ex Urss		400.000	303.000	505.000

Elaborazione Caritas su fonte UNICEF, 1994 (1); Karpati,1991 (2); Liégeois, 1995 (3)

Attualmente si stima una presenza consistente soprattutto in alcuni paesi dell'Est Europa: in Romania sono presenti circa 2 milioni di Zingari, in Bulgaria circa 750.000. Il primo paese occidentale è la Spagna (650-800.000 unità) seguito dalla Francia (circa 300.000). Ci pare opportuno sottolineare come in Europa circa la metà della popolazione Rom sia al di sotto dei 16 anni e che sono quasi 4 milioni i bambini Rom interessati all'obbligo scolastico.
Gli Zingari presenti in Italia sono circa 110.000, lo 0,17% di tutta la popolazione. 70.000 sono cittadini italiani da secoli, 10.000 provenienti dalla ex-Iugoslavia (ASPE, 1996). Storicamente possiamo, infatti, riconoscere tre fasce di immigrazione in Italia, cui corrispondono gruppi che per culture e modi di vivere possono apparire molto differenti l'uno dall'altro. Un primo flusso migratorio risale alla prima metà del 1400, ed è costituito da popolazioni ormai sedentarizzate (Rom delle diverse regioni italiane, per esempio Rom Abbruzzesi e Molisani, Napoletani, Lucani, Calabresi, Pugliesi, ed i Camminanti Siciliani; assommano a circa 30.000 unità) e dai gruppi circensi (Sinti dell'Italia centro settentrionale; contano circa 30.000 unità). Un secondo gruppo è rappresentato dagli Zingari arrivati in Italia dopo la prima guerra mondiale provenienti dall'Europa Orientale, riconosciuti anch'essi cittadini italiani (Rom Harvati, Kalderasha, Istriani, Sloveni; sono valutati in circa 7.000 unità). Il terzo gruppo è arrivato in Italia negli anni '60-'70, in seguito ad una grossa emigrazione dall'Est Europeo verso i paesi più industrializzati, tuttora in atto ed accentuata dalla guerra: Rom Khorakhanè, musulmani provenienti dalla ex-Iugoslavia meridionale (Cergarija, Crna gora, Shiftarija, Mangiuppi, Kaloperija), Rom Dasikhanè, cristiano-ortodossi di origine serba (Rudari, Kanjiaria, Mrznarija, Busniarija, Bulgarija) ed i Rom rumeni; in tutto contano circa 40.000 unità. Nessuno dei Rom dell'est europeo è nomade, così come i cittadini italiani, eccezion fatta per i Sinti giostrai che si muovono durante l'estate in cerca di 'piazze' dove svolgere il loro lavoro. Un gruppo a parte è costituito dai Rom Lovara, di cittadinanza spagnola e francese, che transitano per periodi anche lunghi in tutt'Italia, sia per motivi economici, che per i raduni del loro credo religioso; non sono più di 1.000 unità.
I dati di presenza nelle città italiane si riferiscono quasi esclusivamente al terzo gruppo di migrazione ed in parte al secondo, cioè a coloro che vivono nei campi sosta, attrezzati o abusivi, che costituiscono un 'problema sociale' e che vengono periodicamente censiti se non schedati dalle forze dell'ordine; sfuggono ai censimenti coloro che vivono nelle case e, ancor di più, coloro che sono cittadini italiani. Tenendo presente questa limitazione i dati disponibili (Borghesi et alii, 1997; ASPE, 1996) segnalano presenze in Italia soprattutto concentrate a Roma, Napoli e Milano.

PRESENZE NELLE MAGGIORI CITTÀ ITALIANE

Milano	1.200-1.800
Lombardia	3.000
Firenze	1.000
Bologna	400
Trieste	100
Friuli Venezia Giulia	1.000
Udine	360
Pordenone	100
Roma	6.000
Palermo	800
Torino	890
Napoli	2.000
Trento	304
Foggia	400
Bolzano	497
Treviso	517
Lamezia Terme	650
Genova	400

fonte: Borghesi et alii, 1997; ASPE, 1996

Per quanto riguarda la struttura demografica essa è prevalentemente composta da persone al di sotto dei 21 anni (intorno al 70% in molte casistiche) e sono scarsamente rappresentati gli anziani. Tale situazione demografica si deve al veloce tasso di crescita della popolazione prodotto dall'alta fertilità delle donne zingare, che è tuttavia in relazione diretta con la distanza media fra le nascite, che è a sua volta uno dei più significativi indicatori dell'alto tasso di mortalità infantile (UNICEF, 1994). Ma, d'altra parte, la bassissima percentuale di >65 anni, che si ritrova in ogni censimento, per definizione parziale, viene contestata in quanto gli Zingari anziani tendono a sedentarizzarsi, lontano dagli occhi dei censori. Spesso gli anziani tornano nella loro terra d'origine o 'girano' tra un campo e l'altro, in varie parti d'Italia ed all'estero, a trovare i loro figli.
L'arrivo in ondate diverse, le loro migrazioni e le loro stabilizzazioni hanno creato fra gli Zingari una grande varietà di gruppi differenziati gli uni dagli altri. I nomi che gli Zingari e viaggianti impiegano per definire se stessi non sono, se non raramente, quelli che vengono utilizzati dalle popolazioni con cui sono a contatto. Gli Zingari si diranno spesso *Rom, Manus, Sinti, Kalé*, anche se con alcune varianti. Il termine *Viaggianti* viene usato per designare gruppi generalmente 'autoctoni' che non sono considerati di origine indiana; il termine *Zingari*, se pure è il più diffuso nel mondo, non è il più utilizzato nel linguaggio comune e di solito è meno degli altri connotato negati-

vamente (tranne che in tedesco a causa della stigmatizzazione del termine *Zigeuner* operata dal nazismo). Dato che le popolazioni così chiamate non hanno un termine per denominarsi nel loro insieme, si può convenire di adottare quest'ultimo per questo insieme di gruppi diversi. Bisogna aggiungere che la distinzione Zingari/Viaggianti non è sempre netta ed il problema di sapere chi è Zingaro e chi è viaggiante non ha risposta ne è pertinente in certi contesti: da tempo si sono andati formando gruppi intermedi. Giorgio Viaggio sostiene che i Sinti sono un gruppo formatosi nel tempo, in particolare nel centro Europa, attraverso l'assimilazione fra gruppi originariamente Zingari e nomadi autoctoni e che si formano ancora (Viaggio, 1997).
I nomi, sotto i quali gli individui si raggruppano, sono un segno evidente della diversità. Gli elementi, con i quali si sono create le autodeterminazioni, rivelano criteri diversi. Si può avere per i gruppi familiari l'utilizzazione di una origine sociale comune: i *Dalìpides* (Grecia) sono i discendenti di un uomo famoso, Dalìpis, gli *Antòn Perèskere* sono i discendenti di Anton Perès, etc. Ci può essere l'utilizzazione di un criterio geografico, riferentesi a un luogo dove vivono o hanno vissuto, che può essere preciso: gli *Stambulìa* sono quelli che vengono da Istanbul, i *Parizoske Romà* sono quelli di Parigi; può anche corrispondere a una regione o ad una nazione: i *Sinti marchigiani*, i *Sinti veneti*, i *Sinti lombardi* sono quelli delle rispettive regioni italiane, i *Belzika Romà* sono quelli del Belgio, gli *Slovènsko Romà* quelli della Slovenia, etc. Si può avere l'utilizzazione di un criterio professionale, mestiere che è o è stato esercitato: i *Rom Kalderasha* calderai, i *Lovara* sensali, i *Curara* fabbricanti di setacci. La denominazione può mettere in evidenza un tratto particolare che caratterizza un numero più o meno importante di individui: i *Khorakhanè Romà* ('Turchi') sono Zingari musulmani presenti in molti paesi, i *Dòdeka Vangèlia* in Grecia 'i dodici Vangeli', i *Ficira* "quelli che sono intelligenti, i capi", i *Minesti* i discendenti di Mina (che non era una donna, bensì una scrofa secondo un aneddoto) etc.
Queste denominazioni, inoltre, indicano frazioni di società di diversa importanza (i *Dalipides* ed i *Minesti* rappresentano ciascuno un gruppo familiare esteso, mentre i *Kalderasha* sono migliaia di individui diffusi in molti paesi del mondo) e di diversa natura (i *Dalipides* ed i *Minesti* sono formati da individui imparentati fra loro, mentre i *Parizoske Romà* rappresentano una comunità di vicini ed i *Khorakhanè Romà* un insieme relativamente disparato e disperso) ed assumono una funzione essenziale di classificazione, di riscontro, per queste popolazioni disperse e diversificate (Liégeois, 1995).

Come vivono?

La cultura era un fiore. E' diventata un albero. Ormai è un frutto. Ieri semplice ornamento, oggi è il fondamento e la sostanza dell'avventura umana. La si considerava un accessorio, ora si comprende che essa è senza dubbio al cuore dell'essenziale. Da qui la necessità di un nuovo approccio allo sviluppo, che dia infine alla cultura il suo posto determinante.

Federico Mayor, Direttore generale dell'UNESCO

Parlare di cultura zingara è un compito arduo; alcuni studiosi di antropologia zingara sostengono che la cultura zingara non esiste. Per loro è però possibile giungere alla identificazione di un certo 'stile di cultura' zingaro, ancorato ad alcuni fattori di ordine etnico-culturale comuni a tutte le comunità.
Liégeois (1995) sintetizza nell'immagine del mosaico/caleidoscopio la complessità della società zingara e dei rapporti all'interno e fra i vari gruppi: "Gli Zingari formano nel mondo un mosaico di gruppi diversificati. Ne derivano due considerazioni essenziali. La prima è che un mosaico costituisce un insieme i cui elementi sono collegati fra loro. I legami che percorrono questo insieme, contribuiscono ad organizzarlo, a strutturarlo, anche se la struttura non è rigida, ma mutevole. La seconda è che ogni elemento dell'insieme possiede caratteristiche proprie, che lo fanno apparire, preso da solo, come diverso da tutti gli altri elementi del mosaico; una descrizione riferentesi all'organizzazione dell'insieme non tiene conto della qualità delle parti e viceversa l'analisi di una parte non può essere generalizzata a tutto l'insieme. La parte, indispensabile per la composizione dell'insieme, non acquista la sua importanza e la sua ragion d'essere se non nell'insieme, in cui prende posto.
A partire dalle differenze, che si sviluppano e sono mantenute, nasce la complementarietà che determina la configurazione dell'insieme. I gruppi esistono uno tramite l'altro e l'uno per l'altro in una perpetua collaborazione ed in una perpetua lotta di influenza: l'organizzazione sociale è contemporaneamente organizzazione politica, presente in tutti gli atti.
Il cuore, anche se può apparire paradossale, non è rigido, bensì duttile; è un tessuto fatto di relazioni, che permette un'organizzazione flessibile: tutto ciò trasforma il mosaico in un caleidoscopio: il movimento cambia la configurazione, ma le relazioni rimangono."
Come definire o descrivere allora una cultura, un'organizzazione sociale e politica che è essenzialmente un processo relazionale, dinamico, vario, in con-

tinua trasformazione ma nel contempo con proprie stabili caratteristiche? Consci del fatto che non è possibile alcuna generalizzazione e che una lista di 'riti' o 'costumi' concernenti i vari gruppi che compongono il *mosaico* del popolo zingaro potrebbe essere infinita ed anche provvisoria, cerchiamo di presentare lo stile e lo spirito di un insieme culturale, una maniera di essere piuttosto che modi di fare, sintetizzando e schematizzando i punti comuni ritrovati nella bibliografia da noi utilizzata, come sfondo sul quale muoversi. Non è un caso quindi se abbiamo scelto proprio in questo paragrafo di richiamare una nostra esperienza specifica che ci ha portato a vedere una *tessera del mosaico*, consci da una parte del limite di una osservazione certamente parziale e dall'altra del conforto di un'osservazione sul campo che ci vede in parte coinvolti, anche nella proiezione di pregiudizi, e non solo spettatori. La tessera del mosaico è la popolazione Rom Kanjarija, proveniente dalla Macedonia e dalla Serbia, che risiede in un campo di Roma, dove lavoriamo con un approccio di 'ricerca azione' dal 1995 (Caritas Roma, 1996).

Il mosaico e una sua tessera: la struttura sociale

Il controllo sociale, che garantisce la regolarità, la perennità e la coesione delle strutture sociali, si esercita in maniera diffusa, tanto più pregnante, in quanto la comunità è più importante dell'individuo. Un insieme di regole e di proibizioni, di cui molte riguardano la pulizia del corpo, del vestiario, il modo di comportarsi fra persone di sesso diverso e che per la maggior parte sono fondate su una separazione netta fra persone ed oggetti puri ed impuri, comportamenti che permettono di conservare uno stato di purezza e quelli che rischiano di contaminare e quindi di rendere impuri. Tale codice si fonda sul principio fondamentale di separazione e distinzione. Non esistendo elementi formali di controllo si intensificano gli elementi informali: ogni atto, ogni parola sono osservati, controllati dall'insieme del gruppo e valutati sul metro dei valori sociali (Liégeois, 1995).

la nostra esperienza

Non esiste una gerarchia nel campo, anche se é possibile individuare in alcuni capifamiglia le persone maggiormente autorevoli. Alcuni ci hanno raccontato che fino a circa 2 anni fa, quando il campo era meno popolato, tre capifamiglia, evidentemente i più influenti, si erano presi la responsabilità di vigilare sull'ordine e la pulizia nel campo: venivano rispettati e contribuivano a mantenere certe regole. Con l'arrivo di nuove famiglie (che non hanno riconosciuto la loro autorità), la morte di uno dei tre e l'età avanzata degli altri, la loro influenza é diminuita, finché hanno abbandonato tale ruolo che, del resto, non sembra fosse stato loro attribuito ufficialmente dagli altri. Alla mancanza di "qualcuno che fa ordine" si attribuiscono spiacevoli situazioni di convivenza nel campo e scarsa obbedienza alle regole di rispetto reciproco.

La corte di giustizia, se esiste, la *kris* dei Rom Vlax per esempio, è pure fondata sul desiderio comunitario di regolare le liti suscettibili di turbare l'ordine sociale e di indebolire la società. Gli uomini che la compongono - a priori ogni capo famiglia ne può far parte - non sono che l'emanazione della comunità e sono scelti ogni volta in funzione della reputazione e della rispettabilità; le loro parole sono quelle che la comunità vuole ascoltare attraverso le loro bocche. Se sono gli uomini a fare la *kris*, è la *kris* a fare gli uomini. Se l'importanza degli uomini, la loro rispettabilità, fa quella dell'assemblea, la reputazione dell'assemblea fa quella degli uomini; un uomo è tanto più rispettabile, quanto più ha saputo mostrarsi pubblicamente degno ed intelligente durante una *kris* (Liégeois, 1995).

la nostra esperienza

Un'altra struttura di cui abbiamo avuto notizia é quella di un consiglio di capifamiglia autorevoli che viene chiamato a dirimere situazioni difficili. Tale consiglio é ben descritto nella bibliografia sugli Zingari come un organo molto rappresentativo della comunità, a cui due famiglie in contesa si rivolgono affinché emetta un giudizio e decida le soluzioni da attuare in merito a situazioni particolari (noi abbiamo avuto notizia diretta di intervento in separazioni di coniugi ed allontanamento dal campo di una moglie adultera). Il consiglio (che non é mai stato chiamato con un nome particolare) si viene a formare solo nel momento del bisogno, i suoi componenti vengono scelti dalle due famiglie in lite e si scioglie non appena emessa la 'sentenza'.

In questo universo sociale, diviso in un gran numero di segmenti, non esiste una struttura di gestione del potere. Il 're degli Zingari' non esiste, se non nell'immaginario dei non-Zingari. Di fatto sembra che non esista nemmeno la nozione di capo. Si tratta piuttosto di un uomo responsabile. Per essere responsabile bisogna essere rispettato e considerato. La considerazione la si conquista in ogni circostanza e lungo tutta l'esistenza. Un uomo responsabile avrà una certa età, una famiglia abbastanza numerosa, una ricchezza che deriva dall'importanza della famiglia, ma anche dalla fortuna e dall'astuzia negli affari, un modo di esprimersi che gli permette di valorizzarsi in una assemblea, ma anche e soprattutto avrà due qualità che riassumono tutto il resto: intelligenza e rispetto dell'altro. Si può essere responsabile solo con il consenso della comunità e si giunge a tale ruolo per designazione degli altri. Colui che si dirà responsabile senza il consenso della comunità, non sarà più degno di esserlo. E, benché responsabile di una grande famiglia, non è possibile né concepibile che possa dirsi ed essere considerato come rappresentante di altre famiglie, né tanto meno di segmenti più ampi della società. Sebbene esistano l'organizzazione e la coesione, l'unità è ben lungi dall'essere realizzata (Liégeois, 1995).

la nostra esperienza

Tra gli Zingari di un campo, appartenenti a famiglie differenti, i rapporti sono pochi; ogni famiglia é un microcosmo sostanzialmente indipendente ed indifferente rispetto a ciò che si verifica nel campo stesso. Tra le famiglie c'é quindi scarsa comunicazione, scarso passaggio delle informazioni che potrebbero essere anche di interesse comune, nessuna modalità di mutuo aiuto.
Solo durante le feste si riuniscono persone appartenenti a differenti famiglie sempre però accomunate da legami di parentela o da forti affinità.
Un rapporto particolare é quello che si stabilisce tra giovani coetanei maschi (spesso di rango sociale equiparabile): questi trascorrono molto tempo assieme giocando a carte, vedendo la televisione, uscendo.
Le donne stanno in casa, roulottes e baracche, e si visitano reciprocamente con frequenza, ma in genere per visite brevi.

La struttura familiare

Le alleanze matrimoniali sono un elemento essenziale dell'organizzazione zingara, conferendole contemporaneamente stabilità e mobilità sociale; se sono importanti per l'adulto esse sono fondamentali per la società e l'unione degli individui è il risultato di un'intesa fra i gruppi, cui essi appartengono. Le modalità del matrimonio sono diverse - lunghe trattative fra le famiglie, la fuga seguita dal perdono ed approvazione delle famiglie, la fuga dopo l'accordo fra le famiglie - ma il gruppo deve generalmente accettare l'unione per convalidarla. L'importanza delle feste matrimoniali risiede nell'esteriorizzazione del piacere che le famiglie hanno nel reincontrarsi e nel segno del consenso della comunità all'unione così consacrata (Liégeois, 1995).

la nostra esperienza

L'età media del matrimonio é di circa 15 anni, anche se, sempre con maggior frequenza, alcuni genitori preferiscono far sposare i figli intorno ai 18 anni perché così hanno maggiore capacità di giudizio. Comunque, la figlia più piccola spesso rimane in famiglia almeno fino ai 18 anni per aiutare in casa.
Dopo i 20 anni le donne generalmente non si sposano per la prima volta, mentre possono risposarsi varie volte a tutte le età; i motivi dei rarissimi casi di nubilato possono essere di ordine fisico o di carattere familiare.
Il ragazzo e la ragazza si scelgono, oppure acconsentono alla proposta delle famiglie. La scelta non deve cadere nell'area del parentado: sono mal visti i matrimoni fra cugini, che sono però attualmente più frequenti per la difficoltà di "trovare brave ragazze".
Spesso la famiglia del ragazzo in età da matrimonio comincia a viaggiare per varie città alla ricerca della futura sposa, per poi, indifferentemente, installarsi nella nuova città oppure partire di nuovo.
Il ragazzo segnala a suo padre la propria preferenza ed insieme si recano dal padre della ragazza per il fidanzamento. Nel periodo del fidanzamen-

to, che dura da qualche mese fino a 1-2 anni, i ragazzi possono stare insieme solo in presenza di altri familiari, non potendo mai rimanere da soli.
In questo periodo la ragazza non può essere promessa a nessun altro, altrimenti il fatto disonorerebbe il fidanzato, ma soprattutto comprometterebbe la credibilità della famiglia della ragazza.
Il padre deve conoscere i desideri della figlia; non devono esserci segreti, soprattutto riguardo la verginità ed i sentimenti della ragazza nei confronti del futuro marito. Infatti, se il matrimonio dovesse fallire a motivo di una forzatura nella scelta da parte della famiglia della ragazza, ne deriverebbe un grosso disonore per il padre e la famiglia, nonché un danno economico poiché la famiglia stessa dovrà restituire tutti i regali, consistenti in somme di denaro, che gli invitati avevano fatto al momento del matrimonio.
Dopo il periodo del fidanzamento il padre ed il ragazzo, insieme ad altri componenti della famiglia (in genere fratelli o sorelle della madre o del padre del ragazzo), si recano dal padre della ragazza per accordarsi e stipulare il contratto matrimoniale, che é un contratto verbale; possono essere necessari vari incontri per addivenire ad un accordo. Una volta stipulato il contratto, si sancisce il matrimonio con una rapida cerimonia. Il padre del ragazzo chiede alla ragazza se vuol bene al figlio, poi chiede al figlio se vuol bene alla ragazza: il matrimonio é fatto. In questo modo ciascun coniuge mantiene il proprio cognome ed i figli prendono indifferentemente il cognome del padre o della madre.
La cerimonia può essere officiata in chiesa, ed in tal caso la donna acquisisce il cognome del marito, ma é questa una modalità rara.
La famiglia del ragazzo deve dare una quota alla famiglia della ragazza per riscattarla; le cifre variano ma in genere si parla di circa 30 milioni (abbiamo avuto notizia di un contratto di matrimonio pari ad oltre 100 milioni !!!).
Viene organizzata una festa che dura tre giorni e tre notti (a volte due), con musica, cibo, danze. Può essere organizzata in una sala d'albergo, oppure nel campo della famiglia della sposa, sotto un tendone, o ancora in una baracca costruita per l'occasione.
Se la famiglia non é molto ricca, le spese del matrimonio sono ripartite tra gli invitati che partecipano con una quota individuale. Se la famiglia dello sposo é benestante paga tutte le spese della festa, ma anche in questo caso gli invitati regalano spesso denaro piuttosto che oggetti. La roulotte viene regalata dal padre dello sposo e sarà la casa della nuova famiglia.
Il primo giorno vengono accolti gli ospiti che arrivano, a volte da molto lontano. Nel secondo giorno avviene la cerimonia vera e propria: una delegazione guidata dalla madre dello sposo si reca dai consuoceri e dopo lunghi scambi di convenevoli, durante i quali il padre della sposa mostra reticenza a darla in matrimonio, la sposa, vestita di bianco, viene affidata alla nuova famiglia e condotta nel tendone ove si svolge la festa. Durante questa giornata avviene anche il "pagamento" per la sposa, quasi sempre in privato. Gli sposi restano soli la notte fra il secondo ed il terzo giorno di festa. Il giorno dopo, nel luogo dove si svolge la festa, viene pubblicamen-

te esposto il lenzuolo sporco di sangue, simbolo della verginità della sposa. Se la sposa non viene trovata vergine (logicamente nel caso di primo matrimonio) può venire ripudiata immediatamente e la festa si scioglie.
Se la ragazza é molto giovane i suoi genitori le restano vicini, trasferendosi accanto all'abitazione dei consuoceri per alcuni mesi; altrimenti passa sotto la tutela dei genitori dello sposo, praticamente fino all'età adulta.
La nuora deve obbedienza alla suocera; forti dissapori fra nuora e suocera possono essere motivo di separazione fra i coniugi. Pur vivendo con la famiglia del marito, la sposa può tornare a trovare i propri genitori, di tanto in tanto.
Un'altra modalità di matrimonio é la 'fuga': i due ragazzi scappano insieme e mettono le famiglie di fronte al fatto compiuto. Non é molto chiaro quando e perché due ragazzi fuggano: forse quando le famiglie sono contrarie, oppure se non vogliono aspettare. Sicuramente in caso di fuga non vi é nessuna festa e, probabilmente, la famiglia dello sposo non paga alcun riscatto per la sposa.
Le nozze fra persone adulte vengono invece festeggiate in ambito familiare o, talvolta, esiste unicamente un accordo fra loro, che si concretizza nella vita in comune.
Ci sono stati raccontati vari casi di matrimoni con gagè (non Zingari), sia di donne gagè integrate completamente nella vita zingara, sia di uomini zingari che hanno seguito la moglie e si sono integrati nella vita gagè. Le donne zingare che hanno sposato gagè hanno seguito il marito nella sua vita, pur mantenendo buoni rapporti con la famiglia di origine.
Di fronte a questi matrimoni misti la reazione degli Zingari ci é sembrata molto pragmatica. Alla risposta di un ragazzo, su domanda specifica, che se uno Zingaro si mette con una gagè gli altri uomini del campo lo prendono in giro, la madre ha ribattuto distinguendo le situazioni: se si perde dietro una gagè che non é seria e si rovina sia economicamente che moralmente, allontanandosi dai suoi principi, in tal caso viene mal visto e preso in giro; ma se trova una brava ragazza gagè che lo sposa, vivono insieme in una casa ed ottiene un buon lavoro che gli permetta di vivere serenamente, allora tutti lo stimano e nessuno avrebbe da ridire sulla sua scelta.

La famiglia non è una semplice somma di individui: essa costituisce un tutto, un insieme di membri solidali nei confronti delle altre famiglie, solidali di fronte all'estraneo. I conflitti sono vissuti collettivamente; i rapporti fra individui sono rapporti fra gruppi familiari, un errore commesso è percepito come un errore della famiglia, un atto apprezzato rafforza il prestigio della famiglia (Liégeois, 1995).

la nostra esperienza

Certamente per gli Zingari la famiglia ha un ruolo fondamentale: é il nucleo sociale attorno al quale si svolge la vita di ciascun Rom. La famiglia va considerata però in senso lato: consiste nel nucleo dei genitori attorno ai quali gravitano i figli maschi con le rispettive famiglie. I figli diventeranno autonomi ed andranno a strutturare un altro

nucleo quando avranno avuto due, tre figli. Rimarranno comunque in collegamento con i genitori: infatti i legami di parentela sono molto sentiti, anche da parte delle figlie che, pur seguendo il marito nella di lui famiglia, tornano spesso a trovare la madre per trascorrere un periodo insieme.
Il capofamiglia viene identificato con l'uomo produttivo, non il più anziano. Quanto più é allargata la famiglia, tanto più il capo famiglia ha autorità nel campo.
Ogni gruppo familiare é autonomo e non viene influenzato nelle decisioni neanche dai parenti più stretti. Spesso c'é un atteggiamento di mutuo soccorso fra parenti, ma non é obbligatorio; dipende dalle affinità, dalla volontà di chi sta meglio aiutare chi versa in difficoltà.
L'affetto per i bambini é molto forte, soprattutto per l'ultimo nato; affetto spesso assai manifesto anche da parte degli uomini. Similmente fra marito e moglie si percepisce un rapporto di reciproco amore e rispetto, che però non viene mai esternato in pubblico.
Gli anziani non sembrano avere un ruolo sociale di particolare rilievo.
Infine, nel campo vivono due ragazze handicappate e si ha notizia di un ragazzo spastico che vive in istituto; verso di loro c'é affetto, accettazione, sono integrate e svolgono il loro ruolo compatibilmente alle loro capacità.

Nella famiglia c'è una differenza ed una complementarietà ben marcata di ruoli fra femmine e maschi. La donna ha spesso un ruolo economico importante, con una relativa indipendenza per assicurare la sussistenza quotidiana della famiglia. In un contesto di rifiuto e spesso di persecuzione, quando gli uomini erano imprigionati, giustiziati, spettava a lei il compito di rifornire la famiglia del necessario. Accompagnata dai bambini, correva meno rischi di essere oggetto di violenze: questo dato rimane ancora in buona parte valido. Incaricata dell'educazione dei bambini piccoli e delle figlie fino al loro matrimonio, ha un ruolo educativo di primaria importanza per assicurare la sopravvivenza del gruppo. Si è spesso detto che la donna è l'elemento conservatore del gruppo sociale, perché è in grado di perpetuare le tradizioni; ma per queste stesse ragioni può rappresentare anche l'elemento di cambio. L'uomo è portatore e tutore del prestigio della famiglia ed a questo titolo ha l'autorità ed il potere di decidere (Liégeois, 1995).

la nostra esperienza

La cultura sembra essere tipicamente maschilista. Il maschio, dominante, viene servito dalle donne di casa, sta molto fuori casa a perdere tempo con gli altri maschi; in molti casi non collabora con la donna ed é poco disponibile per rispondere alle necessità della donna e della casa.
Le tradizioni della famiglia, come ad esempio la festa del santo protettore, vengono trasmesse dal padre ai figli maschi, mentre si perdono le tradizioni della famiglia della madre. Inoltre, sono stati più i maschi ad andare a scuola, almeno fino alla generazione che attualmente ha 13-15 anni.

La donna lavora in continuazione, é responsabile di tutto (figli, casa, cucina, sostentamento), sempre indaffarata tutto il giorno e quando torna l'uomo la sera deve sbrigarsi a preparargli l'acqua calda per fare il bagno. Le donne sono esteticamente rovinate, invecchiano presto, sono sempre stanche e si lamentano abbastanza spesso del troppo lavoro. Escono poco di casa; infatti non é ben vista una donna che passa tanto tempo a visitare altre famiglie, ancor più se va fuori dal campo per "futili motivi".
La vita della donna é segnata dal lavoro: le bambine vengono coinvolte nei lavori domestici appena ne hanno la capacità e, raggiunti i 10 anni, a volte sono spinte a rubare. Quando poi si sposano, verso i 13-15 anni, nella casa della suocera sono ai completi ordini di quest'ultima ("ti ho pagata cara, adesso devi far fruttare i miei soldi") accudendo i figli, badando alla casa, agli uomini, andando a rubare. Quando poi, diventate adulte, il loro nucleo familiare si stacca si ripete la storia e saranno loro a comportarsi allo stesso modo nei confronti delle giovanissime nuore. Ogni donna ha una miriade di nipoti a cui badare, dirige la casa, organizzando tutto il ménage familiare. Nei casi in cui non ci siano donne giovani ad aiutarle si vedono donne anziane che trasportano e a volte spaccano la legna, portano i bidoni dell'acqua, svolgono tutti i lavori, anche quelli pesanti.
Alle cerimonie religiose solo i maschi siedono a tavola, mentre le donne servono, lavano in continuazione i piatti per servire i nuovi arrivati, raramente mangiano qualcosa sedute in un angolo. Durante queste feste i maschi spesso si ubriacano, cosa che non accade mai alle donne.
Nel rapporto di coppia, però, sembra che la donna non abbia sempre un ruolo sottomesso: marito e moglie si parlano, prendono le decisioni insieme, si ascoltano a vicenda, e spesso si ha l'impressione che si vogliano molto bene, anche se si osserva un estremo pudore nei sentimenti; non si vede mai uno scambio di tenerezze o di complimenti.
Una donna di carattere può mettere in ombra il marito.
La fedeltà é un valore molto forte nella vita coniugale; di fatto però é spesso interpretata in chiave maschilista: se la donna tradisce viene ripudiata e perde la propria onorabilità, se invece è l'uomo a tradire c'é maggiore tolleranza, infatti questo ritorna nella famiglia e viene "perdonato" dalla moglie.
La donna può fuggire dal marito e tornare a casa dai genitori, con o senza i figli. Se l'abbandono della moglie, o comunque la decisione di dividersi, avviene poco dopo il matrimonio, interviene il consiglio di capifamiglia autorevoli cui prima abbiamo fatto riferimento.
Se la separazione avviene più tardi i due coniugi si mettono d'accordo fra di loro senza l'intervento di terzi. Questo accade perché una rottura precoce implica una qualche mancanza di chiarezza negli accordi presi tra le famiglie. Se la separazione é tardiva non é più giustificabile con l'incompatibilità, poiché hanno avuto il tempo di conoscersi. I due casi sono assimilabili rispettivamente all'annullamento del matrimonio ed alla separazione vera e propria.
Talvolta capita che due coniugi separati vivano in abitazioni divise, anche se vicine tra di loro ed ai figli.
Una volta separati é sempre possibile risposarsi, sia per l'uomo che per la

donna, a qualsiasi età. Non é raro che nel dialogo riferiscano di aver avuto due mogli/mariti, mentre pochi sono i casi di persone che si sono risposate più di due volte.

La nascita del primo figlio dà inizio alla famiglia. E' seguita da altre nascite, normalmente numerose, ed il bambino è sempre bene accolto. La sua educazione è collettiva, assicurata da tutta la famiglia. Il bambino impara per immersione nella sua famiglia e progredisce rapidamente nel settore delle relazioni sociali, divenendo capace di autonomia e di iniziativa. Rispetta l'adulto e l'adulto lo rispetta. La libertà di iniziativa non è sinonimo di assenza di controllo, si tratta di una educazione all'obbedienza e non di un lasciar fare: i comportamenti sono canalizzati in vista dell'acquisizione dell'autonomia nel rispetto del gruppo. Sia sul piano fisico che emozionale, i bisogni del bambino zingaro sono presi in carico da tutta la comunità di appartenenza, e non soltanto dai suoi familiari. E' il bambino a creare un legame ed una identificazione emotiva intensa con tutto il gruppo, specialmente nel momento in cui da quest'ultimo viene percepita l'ostilità del mondo circostante (UNICEF, 1994).

la nostra esperienza

Caratterizzati da un forte affetto reciproco, i rapporti fra genitori e figli sono molto spontanei, senza sovrastrutture comportamentali.
I bambini piccoli sono curati, vezzeggiati, al centro dell'attenzione di tutti gli adulti, genitori, fratelli, zii. I ragazzi che ancora vivono in casa, sia maschi che femmine, hanno un rapporto paritario con i genitori. Pur essendo ben distinti, da subito, i ruoli legati al sesso, i figli hanno una notevole libertà di azione, fanno le loro scelte alle quali i genitori possono anche essere contrari, pur non mettendo in atto azioni di contenimento per impedirle, se non il parlarne con loro. Genitori e figli parlano del da farsi, prendendo poi spesso decisioni comuni, condividono molti momenti di vita quotidiana e si nota spesso una forma di intimità dovuta al raccontarsi anche cose personali.
I figli scherzano sui genitori, a volte li prendono in giro o li contraddicono apertamente di fronte a noi.
Una forma di ritegno che abbiamo notato, invece, si riferisce al parlare di fronte ai genitori delle proprie attività illegali, quali il rubare. Mentre fra di loro e con alcuni di noi, i ragazzi ne parlano liberamente, quasi vantandosi delle proprie prodezze, di fronte ai genitori evitano il discorso, quasi se ne vergognassero ed i genitori dimostrano sempre disapprovazione.
Molti genitori o nonni ci hanno manifestato forti preoccupazioni per il futuro dei propri figli/nipoti: non piace loro la prospettiva che restino in una situazione di continua precarietà, senza casa né lavoro che permetta loro di vivere tranquilli. A questa preoccupazione non corrisponde però un'azione per trovare alternative, o almeno per cominciare a costruirle, come incentivare i figli a prendere un titolo di studio, oppure ad abituarsi

ad un lavoro regolare, pur se poco specializzato e poco remunerativo. L'unica soluzione possibile sembra essere quella di aprire un'attività commerciale in proprio, per la quale sono però necessari titoli di studio.
I figli maschi con famiglia, che restano legati al padre, sono il sostegno del capofamiglia, si fanno carico dei problemi principali e perpetuano gli usi della famiglia garantendone la continuità.
Anche fra fratelli i rapporti sono affettuosi, spontanei, condividono molte esperienze e si interessano della vita degli altri. Una volta divenuti adulti spesso costituiscono, con le rispettive famiglie nucleari, la famiglia allargata che condivide gli spostamenti e le attività economiche. Da qui il forte legame anche fra cugini.

Alfabetizzazione, trasmissione della cultura e relazione con il mondo gagè (i non-Zingari)

Leonardo Piasere (1991) afferma che tra gli Zingari "l'istruzione pubblica non é mai stata considerata come un momento educativo, ma solo come una possibilità, da sfruttare o meno, per appropriarsi un minimo di un codice usato dalle popolazioni non zingare" che permette loro di decifrare i messaggi inviati dai gagè e di muoversi in un mondo a loro estraneo. D'altra parte c'é un rifiuto ad appropriarsi in pieno del linguaggio scritto, che, avendo una connotazione etnica, é visto come estraneo alla propria cultura, anzi pericoloso perché "la lettura rende una persona vulnerabile alle menzogne dei gagè". Di fronte all'alfabetizzazione privilegiano perciò il ruolo di ricettori rispetto a quello di emissori di messaggi "delegando a pochissimi il compito informale e non prestigioso di saper manipolare una penna".

la nostra esperienza

Gli adulti del campo sono tutti analfabeti, in quanto nel proprio paese d'origine la popolazione non era alfabetizzata. I giovani adolescenti hanno un tasso di alfabetizzazione molto basso, perché solo da pochi anni conducono vita sedentaria mentre in precedenza erano frequentemente in movimento ed era pertanto impossibile la frequenza scolastica. Si sta però radicando la consapevolezza della necessità di un titolo di studio per aprire un'attività, necessità che li spinge ad ottenerlo.
Molti hanno appreso a leggere e scrivere autonomamente. I bambini, invece, frequentano, con regolarità variabile, la scuola, pur se con lieve scarto d'età (1 o 2 anni) rispetto ai compagni italiani.
In genere non viene dato grande peso alla scolarizzazione ("l'importante é l'intelligenza, eventualmente può essere utile saper solo leggere e scrivere"). Tuttavia molti genitori la ritengono importante, non si sa se per reali motivazioni culturali o unicamente per adempiere alla condizione imposta dal Comune per accedere ai campi sosta.

La trasmissione della cultura fra gli Zingari avviene verbalmente, basan-

dosi sui rapporti personali e sempre contestualizzata alla situazione. Oltre a ciò che riguarda la gestione della casa per le donne e, in rari casi, il lavoro dal padre al figlio, anche la più tipica tradizione Rom viene trasmessa per compartecipazione della vita quotidiana. Grande importanza rivestono per un bambino l'osservazione del mondo degli adulti da imitare e la mediazione dei fratelli più grandi che aiutano a decodificare il comportamento dei genitori o dei nonni. In alcuni casi la trasmissione del sapere avviene secondo modalità particolari, quali ad esempio la tradizione di guarire con le erbe, trasmessa dalla donna alla parente da lei sentita come predisposta ad apprendere, così come la lettura dei fondi di caffé e della mano, legata ad uno scambio di opinioni interpretative in un gruppo di donne.
E' risultata abbastanza netta l'impressione che i giovani stiano tendendo a perdere interesse per le loro tradizioni.

All'interno della rete sociale l'individuo trova, attraverso un forte sentimento di appartenenza, sia gli elementi della sua identità, sia il supporto di una solidarietà sotto forma di aiuto reciproco, fisico, finanziario, psicologico. Solidarietà perché l'interesse del gruppo viene prima di quello individuale; perché le relazioni non sono autoritarie e devono godere del più largo consenso, senza che ci sia un potere centralizzato, né un capo; perché la vita comunitaria comporta una estrema lealtà verso il gruppo con la conseguenza di una estrema opposizione verso l'esterno. La solidarietà interna è dunque rinforzata da relazioni di opposizione globale verso i non-Zingari. Il rigetto da parte dell'ambiente circostante, di cui non sono padroni, gli Zingari credono di dominarlo con critiche violente e sprezzanti quando si trovano in una situazione difficile. L'opposizione contro i non-Zingari fonda la originalità zingara e rinforza la coesione e la sensazione di egemonia del gruppo (Liégeois, 1995). Fra i fattori di ordine etnico-culturale comuni a tutte le comunità, quello forse più caratteristico riguarda proprio il tipo di rapporto che lega le popolazioni zingare a quelle non zingare, atteggiamenti comuni alle comunità zingare stanziate nei vari paesi, rispetto alle politiche sociali che questi ultimi hanno loro rivolto.

la nostra esperienza

Il rapporto con i non-Zingari sembra essere prevalentemente di tipo strumentale: 'usano' ciò che gli serve. Spesso, attraverso lamentele e preghiere, cercano di ottenere favori con atteggiamento remissivo, che talvolta nasconde richieste perentorie. Generalmente, però, usano una maschera nel relazionarsi con i gagè: "sono poveri", "non rubano", "non sanno muoversi nella città", "hanno bisogno di essere accompagnati", "vorrebbero cambiare vita però ...", "essendo poveri come possono fare ...".
In sostanza spesso ci appaiono non completamente sinceri né si fidano del tutto dei gagè, ed é inevitabile che ciò provochi la necessità di mantenere sempre un certo livello di guardia nei rapporti con loro.
Esiste d'altra parte una reale difficoltà o paura ad entrare in rapporto

con i gagè al di fuori del campo. Ciò potrebbe essere legato all'estremo tentativo di mantenere una spiccata indipendenza, tanto che talvolta si ha l'impressione che siano loro ad "emarginare" il nostro mondo. Questo fatto, in sostanza, potrebbe rappresentare la garanzia per la loro sopravvivenza culturale. Non sono infrequenti i racconti di soprusi subiti da parte di gagè, di cui é costellata anche la loro storia remota. Anche l'approccio utilitaristico ai non-Zingari probabilmente rappresenta, in parte, una strategia di sopravvivenza, intesa sia in senso reale che come entità etnico-culturale.
Tale atteggiamento utilitaristico viene mantenuto anche nei confronti nostri o di volontari di altre associazioni operanti nel campo; con la frequentazione, tuttavia, tende a diminuire la paura a relazionarsi, tanto che, con alcune famiglie, abbiamo instaurato un rapporto di buona cordialità e veniamo accolti con gioia, mentre spesso ci vengono raccontate esperienze sempre più personali.
D'altra parte, al nostro diniego ad esaudire le loro richieste, non dimostrano un forte disappunto, sembrano capire e non insistono eccessivamente.
Statisticamente le figure del mondo dei gagè con cui hanno rapporti più frequenti sono l'avvocato ed il medico: tendono a privilegiare i professionisti con parcelle alte, considerando ciò segno di bravura e di maggiore probabilità di successo a risolvere i loro problemi (legali o di salute).

Con il processo di sedentarizzazione la cultura ha perso i suoi caratteri di funzionalità ed è iniziato un irreversibile processo di commistione culturale e di perdita di identità. Rimane però il nocciolo duro di tale identità culturale: l'organizzazione dello spazio abitativo e la concezione e l'uso del tempo. Nell'uso dello spazio, infatti, essi rimangono, se non di fatto almeno per vocazione, profondamente nomadi. Per loro abitare vuol dire disporre di un doppio spazio. Uno spazio esterno, pressoché infinito, da condividere con tutti i membri della famiglia allargata e del gruppo, che offre luoghi aperti da utilizzare per un periodo circoscritto, ed uno spazio interno, mobile, di dimensioni tali da contenere alcuni oggetti della vita quotidiana, consentirne l'uso durante la notte e, durante il giorno, offrire un riparo in caso di maltempo (Calabrò, 1994).

la nostra esperienza

Abbiamo provato a disegnare delle mappe ragionate del campo e questo ci aiuta a capirne la struttura interna e l'uso dello spazio dei Rom. Esse sono riportate in fondo a questo capitolo.
La Mappa 1 schematizza una visione generale del campo: un insieme di baracche, roulottes ed altre costruzioni provvisorie in apparente disordine.
Tuttavia, visualizzando i raggruppamenti familiari, nucleari ed allargati (Mappa 2), già appare evidente come ogni famiglia allargata abbia definito un proprio spazio delimitato dalle baracche e roulottes con un 'cortile' interno nel quale si svolge parte della vita familiare. In questo spazio i

bambini piccoli giocano liberamente, ma non se ne possono allontanare, si eseguono lavori domestici e, nella bella stagione, ci si siede a conversare o mangiare. Quando noi, camminando per il campo, entriamo in questo spazio, compare subito qualcuno a chiedere cosa vogliamo o per invitarci ad entrare in casa.
Oltre allo spazio della famiglia allargata sono ben definiti gli spazi dei due principali gruppi etnici, Kanjarija e Bunkulies (Mappa 3) ed i rapporti di parentela, che si deducono dal confronto fra la Mappa 4 e 4bis. In questo campo si realizza infatti una situazione particolare, in quanto quasi tutte le famiglie sono imparentate fra di loro. Intorno a tre grossi nuclei di parentela strettissima si intrecciano una serie di parentele che collegano anche fra di loro i tre nuclei principali. Le famiglie che restano fuori dalla rete delle parentele sono probabilmente in relazione con gli altri per paese d'origine o per attività economiche in comune.
Ci é stato riferito che questa é una situazione particolare del campo in esame, che non si ripete in altri dove, di solito, si mescolano famiglie di diverse provenienze.

Le case sono pulite e vi si nota una certa cura per renderle accoglienti; spesso si entra senza scarpe, specie se a terra vi sono tappeti (solo i maschi sono autorizzati ad entrare con le scarpe); se il pavimento é ricoperto di materiale facilmente lavabile abbiamo notato una minor cura nel togliersi le scarpe. L'abitazione é riscaldata con stufe a legna che fungono anche da cucina, illuminata grazie a generatori a benzina o, in mancanza di questi ultimi, da candele.
Le caratteristiche principali delle abitazioni si ripetono con una certa costanza; generalizzando possiamo distinguere tre 'tipologie' di abitazioni a seconda del livello di ricchezza della famiglia (vedi Mappa 5).

Riguardo all'uso dello spazio domestico abbiamo osservato che vengono utilizzati indistintamente spazi al chiuso ed all'aperto: 'abitazione' può essere definito tutto lo spazio delimitato dalle roulottes, dalla baracca e da altri mezzi come pali, baracchette, cataste di legna che delimitano il 'cortile'. All'aperto si cucina con la cucina a gas, alimentata da bombola (nei rari casi in cui la cucina si trova in un ambiente chiuso la bombola é posta fuori), si fanno lavori pesanti come spaccare la legna, lavare i panni ed i piatti, c'é uno spazio usato come deposito (acqua, legna, oggetti vari), viene accumulata la spazzatura. In genere si dorme nelle roulottes, solo quando fa molto freddo si preferisce la baracca dove resta sempre accesa la stufa; poche famiglie hanno raccontato di dormire sempre nella baracca, in tal caso divisa in più ambienti. Noi veniamo sempre accolti nella sala comune, essendoci molto ritegno a farci entrare in altri ambienti, e solo raramente i malati si fanno visitare nella roulotte.

Non esiste il momento del pasto comune: c'é sempre del cibo pronto in cucina e viene servito a richiesta dalle donne della casa; la persona servita si appoggia dove capita a mangiare il suo piatto, i bambini anche a terra. Questo schema si ripete durante le festività, durante le quali la

tavola permane riccamente imbandita tutto il giorno e chi arriva, o ne ha voglia, si siede a tavola e si serve a suo piacimento, mangiando senza aspettare gli altri. Allo stesso modo il bambino viene allattato al seno a domanda spontanea: sembra mantenersi costante la caratteristica di soddisfare le esigenze alimentari non appena si presentano e senza il rispetto di orari.
Questo aspetto di rispondere alle esigenze 'subito e qui' é una costante della personalità e della vita quotidiana degli Zingari.

Elemento importante per capire la cultura zingara è il rapporto con il tempo: per il viaggiante quello che importa è soprattutto il presente, che contiene un passato ormai trascorso ed un futuro che arriverà; questa importanza del momento presente permette di dimenticare e non prevedere, di lasciare dietro di sé, spostandosi, le difficoltà create dagli altri. Di conseguenza la nozione di tempo e spazio assume una flessibilità ed adattabilità che han permesso agli Zingari di vivere immersi e sparpagliati in mezzo a popolazioni ostili, sviluppando elementi di una cultura originale (Liégeois, 1995).

"Vuoi sapere la differenza che c'è fra un gagè e un Rom? E' la stessa differenza che corre fra l'orologio ed il tempo: il primo segna i secondi, i minuti, le ore e tu sai che dopo le sei vengono le sette, e dopo le sette le sette e mezza; il secondo è il sole e la pioggia, il vento e la neve... e tu non sai mai quello che sarà."

Tale metafora, al di là della suggestione poetica, contiene una profonda verità: i Rom, in quanto nomadi, aderiscono ad una concezione e ad una organizzazione del tempo estranee al tempo dell'orologio; indipendentemente dal sesso e dall'età, sembrano mancare di memoria storica, sono riluttanti a progettare il futuro, dispongono di una grande abbondanza di tempo, di cui hanno un concetto concreto e legato all'esperienza del presente (Calabrò, 1994).

La religiosità

Per la religione conviene distinguere i diversi prestiti dalla cultura dominante dalla loro maniera di viverli. L'analisi può situarsi a tre livelli:
a) la religione è un adattamento all'ambiente quando l'adozione di credenze o riti permette di non essere più oggetto di coercizione. C'è perciò una relazione fra religione di adozione e religione dominante nel paese in cui si vive, che non arriva però fino al mimetismo nella pratica religiosa (per esempio la frequenza regolare della chiesa, anche in paesi in cui tutti gli abitanti sono praticanti, è quasi inesistente per gli Zingari);

b) la religione è una componente della cultura: il prestito non resta superficiale o opportunista, bensì si integra pienamente non in una elaborazione astratta, ma in un insieme di pratiche. Il sacro entra sempre nel quotidiano ed il quotidiano fa continuo riferimento, esplicito o implicito, al sacro. Non esiste una separazione fra la religione ed altre caratteristiche sociali o culturali;
c) la religione ha permesso, sotto certe forme, un equilibrio psicologico ed una riorganizzazione sociale e culturale in particolare in questi ultimi anni, periodo di crisi, in quanto la maggior parte delle credenze e dei riti è legata alla regolamentazione di pratiche sociali ed all'elaborazione di un sistema normativo soprattutto attraverso l'opposizione di puro/impuro, bene/male, Zingaro/non-Zingaro (Liégeois, 1995).

la nostra esperienza

Gli Zingari del campo preso in esame sono Cristiano-Ortodossi. Non vengono mantenuti rapporti regolari con sacerdoti o luoghi di culto; alcuni ci hanno raccontato che, fino a circa due anni fa, un sacerdote serbo ortodosso si recava regolarmente al campo per officiare celebrazioni, ma é stato poi trasferito e, da allora, alcune persone autorevoli fungono da 'diaconi' in occasione di alcune cerimonie. Tale persona sembrerebbe essere una persona scelta dal capofamiglia oppure è la persona più significativa del nucleo familiare allargato; é sempre, comunque, un capofamiglia ed una figura di prestigio all'interno del campo.
Le feste religiose sono estremamente sentite nell'ambito del campo. Quelle di cui abbiamo fatto esperienza sono: S. Michele (19 nov.), S. Nicola, Natale (7 gen), S. Giovanni (19 gen).
Il Natale é festeggiato da tutti e dura due giorni. La notte della vigilia (6 gen) si veglia tenendo il fuoco sempre acceso: viene infatti tramandata una leggenda secondo la quale la notte della nascita di Gesù un anziano tenne acceso il fuoco tutta la notte per riscaldare la Madonna e il bambinello. Il giorno precedente tale notte viene preparato il cibo che verrà consumato il giorno successivo. Ogni famiglia appende fuori dalla porta un ramo secco di quercia; l'ospite che entra nella casa augura Buon Natale bruciando nel fuoco alcune foglie del ramoscello ed invocando ogni benedizione sulla casa; successivamente il ramoscello viene messo con altri a formare una specie di albero di Natale a cui sono appese banconote, catene d'oro, immagini di santi.
Tipico é il pane fatto in casa nel quale viene infilata una candela bianca; spesso a tale candela viene legata, con un bracciale d'oro, una banconota di grosso taglio. Il pane viene benedetto dal capo famiglia all'inizio del giorno e diviso sul tavolo. Durante il giorno i maschi si spostano di casa in casa (parenti, amici) per condividere la festa: é importante, recandosi in una casa, essere ben vestiti, con il portafoglio 'ben dotato' ed indossare qualcosa d'oro; in questo modo ci si fa portatori di prosperità e guadagno.
La festa del santo ha una forte connotazione di tipo familiare; ogni famiglia festeggia un santo, o forse più d'uno. La tradizione del santo protettore si tramanda di padre in figlio (maschio) e per certi aspetti sembra essere più

sentita del Natale. La festa del santo di famiglia si sviluppa nel corso di tre giorni, ma il secondo é quello più importante. Vengono preparati tre grandi pani (uno per ogni giorno di festa) e la candela (di colore giallo, con l'immagine del santo ed una banconota di grosso taglio legati da un bracciale d'oro) viene infilata nel pane che verrà benedetto quel giorno, mentre la tavola é riccamente imbandita. Durante la festa, spesso, si vedono o ascoltano video-musicassette di cantanti slavi, meglio se Rom, mentre gli uomini si fanno vanto di consumare quante più bevande alcoliche possibili.
Altro aspetto caratteristico é che le donne si mettono da parte: preparano il cibo (la cottura del maialino arrosto e dei polli é però compito degli uomini), lo servono a tavola e curano che ogni ospite che arriva abbia tutto il necessario. Attualmente la loro partecipazione é limitata a questo ambito mentre sembra che precedentemente al banchetto partecipassero tutti, indistintamente. Forse la ristrettezza degli spazi le relega in un posto secondario, comunque girano poco per le case in quanto devono rimanere nella propria, sempre pronte ad accogliere ospiti.
Un momento importante é la benedizione del pane: tre pagnotte, decorate finemente sempre con pasta di pane nella parte superiore, sono disposte a piramide ad un capo della tavola ed in quella posta superiormente é conficcata la candela. Il capofamiglia prende questa pagnotta (il pane del giorno), dà la candela accesa in mano al più piccolo della casa e, posta la pagnotta sul braccio sinistro, con la punta di un coltello ne buca la base secondo i quattro punti della croce, recitando una parte del segno della croce (primo buco "nel nome del padre", secondo "del figlio" ecc); tale gesto viene ripetuto tre volte. Quindi taglia verticalmente il pane in due e metà del tratto orizzontale, passa il pane all'ospite più prestigioso che prosegue il taglio dividendo il pane in quattro spicchi, mentre pronuncia auguri di prosperità per quella casa. Il pane viene quindi separato in due parti, appoggiate base contro base; con il pollice l'ospite pratica quattro buchi ai quattro estremi, internamente nella parte tagliata, sempre recitando il segno della croce. Nei quattro buchi viene versato un po' di vino rosso novello e quindi l'ospite (che sostituisce il sacerdote), alternandosi al capofamiglia bacia il pane in corrispondenza dei buchi ripetendo il segno della croce e girando il pane; il rituale ha luogo tre volte. Il pane viene quindi ricomposto, la candela e la brocchetta vengono poste al di sopra del pane che viene fatto girare tre volte mentre viene recitato qualcosa che non siamo riusciti a decifrare; comunque la candela deve arrivare a disegnare con il fumo una croce sul soffitto della baracca. Così benedetto il pane viene diviso nelle quattro parti e disposto sulla tavola. Questa cerimonia viene ripetuta ogni giorno per i tre giorni di festa. Gli uomini che festeggiano la ricorrenza, ai quali se ne aggiungono altri, si spostano di casa in casa reiterando la cerimonia (tale benedizione avviene in successione e non contemporaneamente) partendo dalla casa della persona più importante tra quelle che festeggiano quel santo via via fino a quella meno importante.
Un capofamiglia che festeggia il santo e che, al momento della festa, vive nella roulotte, costruisce appositamente una baracca qualora il santo si festeggi nel periodo freddo, mentre d'estate la festa viene tenuta all'a-

perto.
Nella festa molti aspetti sono volti ad 'ingraziarsi' la divinità in modo tale da garantire fortuna, soldi e salute per la famiglia.
La religiosità ha spesso spiccati caratteri di sincretismo ed é marcatamente impregnata di superstizione ed i riti sono eseguiti con precisione.

Intorno alla nascita ed alla morte i divieti sono numerosi e con essi i riti di purificazione. Il battesimo, che determina il destino del bambino, è il sacramento più importante. Intorno al morto si riuniscono tutti i parenti, anche da molto lontano, a rinforzare la coesione. Il fatto di cambiare il luogo in cui si abita, di bruciare o vendere ciò che apparteneva al defunto, fa parte della necessità di purificazione. Lo spirito del morto, col quale il defunto resta fra i vivi, è onnipresente ed è importante non contrariarlo.

la nostra esperienza

La morte é vissuta come un evento molto traumatico, a qualunque età essa avvenga. Il funerale é una cerimonia molto curata e per il sepolcro vengono investiti soldi, sia che si trovi in ex-Jugoslavia che in Italia.
I Rom sono convinti che dopo la morte lo spirito del defunto resti a far compagnia ai familiari. In suo onore vengono imbanditi vari banchetti (al momento del funerale, dopo 7 giorni, 40 giorni, 6 mesi, 1 anno) ai quali vengono invitate persone della stessa età del morto, mentre, per vari anni, durante le feste religiose, viene lasciato un posto libero per il defunto.
Lo spirito del defunto conserva le caratteristiche che il congiunto aveva in vita: se era buono, porta del bene alla famiglia, mentre se cattivo provoca solo fastidi, e non solo nei sogni.
Il lutto viene portato per un tempo variabile (40 giorni, 6 mesi, 1 anno), a volte di più, ed include vari comportamenti come il non bere alcoolici, non partecipare a feste, per gli uomini non tagliarsi la barba. Anche nei parenti non stretti si osserva un grande rispetto per il lutto che ha colpito un membro della comunità, tanto che, in sua presenza, non si tengono determinate attività, tipo cantare o altro.
Tutta la famiglia é coinvolta dal trauma della morte. Talvolta, in caso di malattia grave, si pensa che sia l'entità stessa della malattia a determinare una discriminazione verso la famiglia: potrebbe rappresentare una perdita di favore presso la divinità ("... è il Dio che manda la malattia") o l'effetto di un potente malocchio.

Una cultura debole e/o forte

(Fra i gruppi Zingari) la pratica della presa del silenzio é certo molto diffusa. E' una pratica vincente? Sì per quanto riguarda la garanzia della perennità, della subalternità; no, per quanto riguarda la cessazione della discriminazione e della persecuzione.
La presenza, la persistenza degli Zingari (...) dimostra che essi hanno sempre scelto la perennità nella discriminazione, la non subalternità nella persecuzione. (...)
Dimostra che dalle discariche o dalle riserve in cui sono relegati, gli Zingari continuano ad essere una sfida perenne verso chi dell'egemonia sugli altri ha fatto la propria bandiera e la propria ragione di vita.
L'unica "cosa umana" percepita nei confronti degli Zingari, la sporcizia, lo schifo, non connota altro, in fin dei conti, che la frustrazione di una società egemone verso l'indomabilità di popolazioni che non vogliono, nei suoi riguardi, né egemonia né subalternità.

Leonardo Piasere, antropologo italiano

La descrizione, seppur sommaria, delle caratteristiche principali della cultura zingara non sarebbe completa se non si considera che attualmente questa cultura sta vivendo una crisi profonda, che tende a denaturarne la natura. I gruppi con cui ci troviamo a lavorare sono immersi in questa crisi di identità; completiamo le brevi osservazioni da noi fatte nel lavoro di campo con analisi ben più autorevoli.

Nel sottolineare i punti forti di questa cultura, ne abbiamo determinato i punti di debolezza. La vita comunitaria, l'economia marginale e di sussistenza, la dimensione esistenziale della vita, il nomadismo, la dispersione, la varietà dialettale, la solidarietà, tutti questi elementi che fanno la forza dei membri di una cultura irraggiungibile, che vogliono condurre una esistenza nella convivialità e nella diversità, rappresentano anche la loro debolezza, quando si trovano immersi in una società che vuole assimilarli e che presenta caratteristiche opposte. Qua e là appaiono sintomi, indizi di difficoltà; c'è una sensazione di malessere, di stanchezza, di passività. C'è abuso di autorità in alcuni, c'è il ripiegamento su se stessi (famiglia ristretta), il rischio di rigidità in una organizzazione sociale fondata sulla flessibilità e sulla variabilità, lo spazio familiare diventa ipertrofico, l'aiuto reciproco globale dimi-

nuisce e la sua base, sempre più localizzata, si riduce, si perde il gusto del viaggio e ne derivano danni alla salute (patologia della sedentarizzazione); il sogno del viaggio, quando non può essere realizzato, desta insoddisfazione, disadattamento, aggressività, che possono sfociare in delinquenza, in condanne, in una stigmatizzazione che li emargina ancora di più, possono comparire la droga, l'alcolismo, la destrutturazione familiare (si segnalano alcuni casi di abbandono di bambini, fatto senza precedenti).
Questi fatti drammatici, in un periodo di crisi, devono suscitare la massima attenzione e portare ad interrogarci sulle situazioni, di cui sono sintomi. Fortunatamente, anche se in via di diffusione, non sono generalizzati. Lo stile di vita non ne risente ancora. La cultura zingara è in continua evoluzione, poiché il cambiamento rientra nella tradizione e l'adattamento è una normale necessità. Gli Zingari potranno coltivare ancora le loro differenze, ritrovare il piacere di essere Zingari con il sentimento di libertà dato da un adattamento ben riuscito? Il momento attuale è incerto (Liégeois, 1995).

Sono state individuate quattro diverse modalità di comportamento che possono rappresentare altrettanti modelli di adattamento; essi descrivono i molteplici stili di vita che caratterizzano una realtà, quella Rom, difficile da avvicinare e conoscere fino in fondo:
- la scelta 'più difficile' di chi, in maniera auto-determinata, vuol essere cittadino e nello stesso tempo Rom: cittadino perché abita un territorio le cui istituzioni egli riconosce come proprie (e da cui pretende riconoscimento), Rom perché, sulla base dei propri diritti di cittadino (pretesi legittimamente in cambio dell'osservanza dei propri doveri) rivendica dei margini di libertà rispetto all'organizzazione del proprio tempo quotidiano ed all'uso dello spazio abitativo.
- La ghettizzazione e la perdita di identità che si produce all'interno dei campi ormai stabili, ove con la sedentarizzazione forzata si realizza un processo di adattamento eterodiretto più che autodeterminato, in un rapporto di passività, dipendenza ed estraneità nei confronti della società che li ospita ma alla quale, sebbene la maggior parte di loro sia da più generazioni di cittadinanza italiana, non si sentono di appartenere. I campi attrezzati dovrebbero rappresentare luoghi dove la cultura rom viene accettata e rispettata e le opportunità di assistenza e di lavoro il modo per far sopravvivere tale cultura; di fatto sono luoghi dove le subculture devianti hanno facile accesso e gli aiuti offerti finiscono per ostacolare processi di identificazione sociale rispetto all'esterno, poiché incoraggiano i Rom ad assumere un atteggiamento passivo di richiesta continua.
- La separazione e la subcultura si ha nel caso particolare dei Rom Lovara; essi si distinguono per una forte identità culturale sostenuta e resa possibile da due elementi: autonomia economica (posseggono una tecnica artigianale di affilatura degli utensili) e fede religiosa (appartenenza comune alla Chiesa

Evangelica Pentecostale). La scelta è collettiva, autodeterminata e disegna, rispetto all'esterno, un rapporto di separazione ma non di subordinazione.
- La estraneità e la devianza appartiene più frequentemente agli slavi di recente migrazione. Tale comportamento è seguito al flusso dalla ex-Iugoslavia iniziato una quindicina di anni fa, in condizioni di clandestinità e nomadismo 'forzato' lungo percorsi determinati dai tempi delle varie ordinanze di sgombero, dalla tolleranza (o intolleranza) delle autorità, dalla possibilità di condurre a termine i propri affari, quasi sempre illegali. La peculiarità di questo fenomeno consiste nell'assoluta estraneità che tali gruppi presentano sia nei confronti delle regole della società ospitante sia nei confronti degli altri gruppi rom presenti nel nostro paese. Anche in questo caso prevale la scelta collettiva di identità culturale, ma le risorse esterne sembrano essere solo di carattere illegale e deviante (Calabrò, 1994).

Simbolo di stravaganza in società standardizzate, lo Zingaro non ha alcuna possibilità di essere apprezzato se non quando è folklorizzato (Liégeois, 1995).
Pensare all'integrazione degli Zingari solo attraverso la valorizzazione del loro folklore è fuorviante: la maggioranza degli Zingari non è riuscita a saltare sul carro dell'industrializzazione e pertanto è rimasta tagliata fuori dal processo di modernizzazione forzata cui sono state sottoposte le masse dei contadini italiani negli anni '50 e'60 di questo secolo. Pertanto la cultura zingara si trova per molti aspetti in una fase di transizione nella quale coesistono, in un impasto generalmente contraddittorio e quindi fonte di disagio e di crisi, elementi della tradizione ed aspetti moderni. Del resto un efficace processo di integrazione si può avviare adottando una strategia di intervento che cammini su tre gambe: la casa, il lavoro, la scuola (Brazzoduro, 1996).

> *... lo Zingaro minaccia con una contro-identità. Non avendo quello che altri posseggono, ma forte di ciò che ha, egli capovolge, spaventa, rischia di dissolvere. Ambivalenza di fronte a questa differenza: attrazione e repulsione. L'esistenza dello Zingaro è dissidenza. E' anche arroganza. E numerosi sono quelli che vogliono farla sparire.... gli Zingari pongono uno specchio davanti a chi li guarda senza vederli... gli Zingari mettono la società circostante di fronte alle sue fobie ed ai suoi incubi, ai suoi desideri negati, ai suoi averi da proteggere ed al suo essere in perdita...*
>
> *(Liégeois, 1995)*

Perché viaggiano?

Prima di tutto sono Zingaro, cittadino della terra, uomo senza frontiere, poi serbo, croato, bosniaco, italiano, americano, ma prima ancora, Rom, soprattutto Rom.

anonimo zingaro

Sebbene non sia né il prodotto della cultura zingara né il suo produttore, il nomadismo ne è una componente fondamentale, che dà all'insieme una precisa tonalità. Tant'è vero che i termini 'zingaro' e 'nomade' vengono spesso usati come sinonimi. Ma come tutto nella cultura zingara, la lettura di questo elemento non è univoca e crediamo sia importante approfondirla per due ragioni fondamentali.
Da una parte l'identità zingara trova uno dei suoi fondamenti nel nomadismo, che è più uno stato di spirito che uno stato di fatto: c'è una grande differenza fra l'oggettività del viaggio - il fatto di viaggiare - e la soggettività del viaggio - sentirsi un Viaggiante. Mentre un sedentario, anche se si sposta, resta un sedentario, lo Zingaro, anche se non viaggia, è un nomade. Per loro il movimento resta pregnante e vitale, la cui esistenza ed importanza sono spesso di ordine psicologico piuttosto che di ordine geografico. Il Viaggiante che perde la speranza e la possibilità di ripartire, perde insieme ogni ragione di vivere (Liégeois, 1995).
Ma d'altra parte una delle ragioni profonde dell'antizingarismo, espressa ancora oggi, è sempre stata la convinzione dell'inutilità per la società, e per l'economia di ogni tempo, della vita vagabonda. Fintanto che il nomadismo rimane un fenomeno momentaneo (ossia, che risponde ad una necessità pratica e ad uno stimolo economico) controllato per questo e diretto dalle autorità, esso viene tollerato; quando però questo diviene o appare come un fenomeno permanente (quindi che risponde ad uno stimolo culturale, ossia ad uno stile di vita), allora diviene pericoloso perché fattore di disgregazione e di disordine sociale (Viaggio, 1997). Ed è anche una delle ragioni più spesso addotte per giustificare l'inutilità di ogni intervento di tipo sociale con gli Zingari: perché mai cercare di attuare politiche di accoglienza nei confronti di gruppi umani che da un giorno all'altro spariscono e vengono sostituiti da altri con cui bisogna ricominciare da capo?

Anche per quanto riguarda il nomadismo il ventaglio delle situazioni è ampio ed in continua evoluzione, riproponendosi l'immagine del 'caleidoscopio'. La diversità si manifesta nei mezzi di trasporto, nella frequenza degli spostamenti, viaggi di qualche giorno o di parecchi mesi, con o senza ritorno, viaggi professionali ad intervalli regolari, diversità nell'ampiezza degli itinerari, nella dimensione del gruppo che si muove e che si riunisce in una stessa zona di sosta. E dal tipo di viaggio nessuno, se non chi lo pratica, può trarre conclusioni: il più nomade può essere chi è economicamente più agiato, ma anche chi corre dietro a un lavoro; il più nomade può essere chi ha più relazioni con i gruppi che gli sono socialmente vicini, ma anche chi deve allontanarsi, perché entra sovente in conflitto con gli altri.
Si può affermare che le ragioni delle migrazioni sono diverse. In primo luogo sono le persecuzioni, cui gli Zingari sono sottoposti e che li spingono a fuggire; sono le pressioni di ogni sorta, volte a sedentarizzare i nomadi, come anche i divieti a sostare, che li fanno andare più lontano. I periodi di disordine in un paese hanno allontanato gli Zingari che si sentivano ancora più respinti, servendo da capri espiatori; per esempio i cambiamenti di frontiere, avvenuti alla fine della prima guerra mondiale, hanno destabilizzato i gruppi zingari che non si riconoscevano nelle nuove realtà politiche.
Sono altresì le difficoltà economiche, che incitano gli Zingari a cambiare paese. Il commercio, infatti, è una ragione importante per spostarsi: il trovare clienti, per un commerciante o artigiano zingaro, presuppone una ricerca di mercati diversi ed impone la partenza. Il mantenere i clienti implica un ritorno o una sosta: queste due contingenze si coniugano ad altri elementi per determinare la partenza o la sedentarizzazione.
Per famiglie che sentono di appartenere ad un certo gruppo, il viaggio, quando è possibile, permette di incontrarsi, di mantenere i legami.
C'è anche il gusto del viaggio, e dell'indipendenza che esso permette, a far accogliere ancora oggi le opportunità delle grandi fiere, dei pellegrinaggi, opportunità che hanno fatto sì che gli Zingari abbiano accompagnato i coloni oltre mare, prima ancora di esservi deportati.
Esiste dunque un nomadismo strutturale, dovuto a una certa forma di organizzazione sociale ed economica ed al desiderio di viaggiare, ed un nomadismo congiunturale, dovuto all'incidenza di avvenimenti prodotti dall'esterno; generalmente le due forme si coniugano nel movimento che ne risulta. Tutti questi fatti hanno prodotto sia una stratificazione che una grande differenziazione culturale e linguistica, infatti la presenza di Zingari in ogni paese d'Europa è quasi sempre multipla (Liégeois, 1995).
Anche Piasere (Piasere, 1991) identifica sia fattori esterni che fattori interni che determinano la spinta alla 'mobilità spaziale' che perciò dipende dalle strategie economiche ma anche dalle strategie matrimoniali o, più in

generale, dall'esigenza di mantenere una data struttura sociale. Infatti le attività da sempre svolte dagli Zingari impongono ed hanno imposto una maggiore o minore dispersione dei Rom fra i gagè; questa dispersione, che avrebbe potuto realizzarsi in vari modi, è stata guidata da due intenzioni fondamentali dei Rom: vogliamo sopravvivere come *manusha*, come uomini, ma vogliamo vivere come Rom. Alla domanda fondamentale che si pone "Come restare uniti nella dispersione?" hanno risposto 'organizzando' la loro dispersione, realizzando un capolavoro di ingegneria sociale: 1) hanno accettato la dispersione che, dal punto di vista dell'organizzazione sociale, è sempre molto rischiosa, costruendo la propria etnicità sul fatto di non vivere sempre assieme; 2) si sono avvalsi dei quadri giuridici, con i quali i diversi poteri pubblici hanno cercato di controllarli, dandosi delle regole di dispersione costruite partendo da quelli; 3) hanno tenuto conto dello sviluppo dei mezzi di trasporto, non per interrompere il nomadismo o per regolarizzarlo in modo più puntuale, ma per aumentare l'area di dispersione. In seguito a questo modo di insediamento fra i gagè, sedentarietà, nomadismo o situazioni intermedie diventano delle variabili e non delle costanti: la vera e fondamentale costante resta la dispersione, ed il nomadismo o la sedentarietà possono essere dei modi alternativi per mantenere i contatti nella dispersione. Senza contatti non c'è riproduzione dell'etnicità, che è ciò che più preme ai Rom, mentre senza nomadismo si può mantenere lo status di Rom. Nomadismo e sedentarietà appaiono quindi delle variabili dipendenti da fattori economici e da fattori sociali interni, a seconda dei rapporti esistenti in un dato periodo ed in una regione tra Rom e gagè e tra Rom e Rom. Bisogna quindi fare attenzione al fatto che a volte è la preminenza dei rapporti interni, più che quelli tra Rom e gagè, che spiega come famiglie possano simultaneamente o successivamente praticare il nomadismo o la sedentarietà.

I problemi sorgono quando l'opzione del nomadismo viene interdetta. La sedentarizzazione si è infatti dimostrata pericolosa, anche quando condotta in situazioni abitative che potremmo definire 'buone', se obbliga ad una convivenza ravvicinata che spesso determina lo scoppio di violenze; ogni piccolo gruppo, lontano dalla comunità di appartenenza, è abbandonato a se stesso, con una minore cooperazione economica e sociale, una ristretta scelta per i partner matrimoniali e minori sanzioni sociali della comunità di appartenenza che possano assicurare un certo livello di controllo sui singoli individui (UNICEF, 1994). D'altra parte è vero anche il contrario: a Milano più che altrove, si conferma che, se questa popolazione non ha raggiunto specifici livelli di stanzialità, ciò è dovuto, per ammissione della stessa amministrazione comunale, ai continui sgomberi effettuati dalla polizia municipale (Castelli, 1997).
La capacità di adattamento, per la quale si sono contraddistinti nei secoli e

che per alcuni antropologi è addirittura la loro caratteristica culturale fondamentale, sembra però essersi oggi bloccata, da quando cioè i Rom sono divenuti, specialmente in Italia, 'il popolo delle discariche', come li ha definiti Piasere, cioè coloro che hanno potuto e dovuto ricavare il proprio spazio vitale unicamente nelle zone marginali e degradate della città (Borsi, 1996).
Infatti la sosta del nomade diventa sempre più difficile: esiste una tendenza a formare raggruppamenti intorno ai grandi agglomerati urbani, dove appunto l'urbanizzazione si intensifica e dove gli spazi disponibili sono sempre più rari; contemporaneamente il prezzo del terreno, per coloro che vogliono acquistarlo, aumenta sempre di più. Le regole per la sosta delle carovane diventano più complesse e restrittive, il numero dei terreni concessi dai Comuni è del tutto insufficiente e, per mancanza di una pianificazione preventiva, per scarso interesse e di considerazione dei bisogni e delle attese degli interessati, molti di questi terreni non sono per nulla adatti all'uso che ne fanno le famiglie. Tranne qualche eccezione, i terreni sono mal situati. "Per i nomadi va bene qualsiasi zona" e così si dà loro quello che non può essere sfruttato al meglio; non avendo altra possibilità, finiscono con il frequentare quartieri degradati, umidi, rumorosi, pericolosi: ne derivano problemi di salute e di igiene. Senza considerare la sofferenza provocata dal risiedere in luoghi inquinati, lontani da negozi e scuole, vicino ad una discarica o ad un cimitero, in una atmosfera di tristezza, di insalubrità, in un ambiente di ghetto. I terreni sono spesso mal impostati: l'allineamento stretto delle carovane, concepito come un parcheggio e non come un luogo di residenza; cento ed oltre roulottes ammassate che creano difficoltà con il vicinato e conflitti sociali all'interno dei campi perché costringono alla coabitazione famiglie che non lo vorrebbero; e difficoltà economiche, perché sono riunite decine di famiglie che praticano lo stesso mestiere e la concorrenza ne viene esacerbata. La presenza, frequente, del guardiano conferma la sensazione che il concetto di residenza viene messo da parte o concepito come una residenza vigilata; la presenza delle équipes socio-educative si dimostra pesante per gli Zingari, che si sentono considerati come dei poveri disadattati, che devono essere assistiti sotto tutti gli aspetti, soprattutto nell'educazione da dare ai figli. Attualmente lo scarto fra il modo spontaneo di occupare lo spazio da parte degli Zingari ed il modo istituzionalizzato, che viene loro proposto sulle aree attrezzate, è enorme. Oggi si sa molto bene che i terreni di sosta più vivibili sono quelli che accolgono al massimo una quindicina di roulottes: i piccoli terreni sono più facili da reperire, trovano più facilmente uno spazio nell'ambiente geografico e umano e permettono raggruppamenti familiari ed un'autogestione semplice, con un minimo di attrezzature sanitarie (Liégeois, 1995).

Una realtà misconosciuta oggi in Italia è quella dei profughi provenienti dalla ex-Iugoslavia.

"Dove stiamo andando noi che non combattiamo con nessuno? In Bosnia hanno tagliato le dita ai bambini, li hanno uccisi, nessuno di noi ha combattuto perché noi siamo Zingari e gli Zingari sono viaggiatori e non militari."

Ibraim Alia, Rom che vive a Brescia (Osella, 1997)

A questo proposito riportiamo soprattutto quanto relazionato da Carla Osella, nel suo saggio: dallo smembramento dell'ex-Iugoslavia i diversi paesi dell'Europa occidentale, e fra essi l'Italia, sono stati investiti in modo massiccio dalla presenza di popolazioni rom, costrette dagli eventi a trovare spazi di insediamento in territori che, prima del conflitto, erano per esse solo in parte mete di immigrazione stabile, più generalmente mete di migrazioni temporanee legate alla ricerca di lavoro. Gli anni successivi al 1992 hanno visto un aumento enorme di presenze nei cosiddetti 'campi sosta nomadi', aumento che è avvenuto sia ingrossando i campi preesistenti, sia formando accampamenti ex novo non autorizzati. La situazione di coloro che, già presenti in Italia, non potevano più fare ritorno in patria si venne così a mescolare in un intreccio quasi sempre indistricabile. La prima risposta data dal governo italiano a tale difficile situazione è consistita nel tentativo caparbio di ignorare il problema, come se esso non esistesse. Non solo: si negò, anche in sedi ufficiali, e in più riprese, che l'aumento degli accampamenti rom fosse riconducibile al conflitto nella ex-Iugoslavia e si negò quindi parimenti che tale problema fosse prioritariamente un problema di accoglienza di sfollati, da affrontarsi quindi nell'ambito della legge 390/92. Se era aumentata la presenza della popolazione rom dalla ex-Iugoslavia ciò non aveva nulla a che fare con gli sfollati. I Rom erano Rom. I Rom non potevano essere sfollati! Tale irrazionale atteggiamento resistette a lungo, in palese violazione del testo della legge 390/92, la quale al comma 1 art. 1, stabilisce che gli interventi di accoglienza dovevano attuarsi "senza alcuna discriminazione, in particolare di carattere etnico o religioso". Nel frattempo migliaia di sfollati vivevano nella clandestinità e nella marginalità sociale, in accampamenti dalle condizioni igienico-sanitarie spaventose.
Queste popolazioni, che hanno vissuto gli orrori della guerra e che "hanno paura di tornare perché li potrebbero uccidere", hanno caratteristiche stanziali, avendo probabilmente aderito alla politica di Tito intesa a favorire, per interi decenni, la stanzializzazione delle popolazioni nomadi; sono in possesso di titoli di studio, molti anche di scuola superiore o università e vivono il problema del lavoro con molta intensità, mal adattandosi all''arte di arrangiarsi' messa in atto dagli altri gruppi Rom. Il discorso della diversità dagli

altri Rom viene, infatti, continuamente ribadito, quasi a volersi presentare in modo migliore.
Fino ad oggi gli interventi sono stati del tutto parziali ed hanno interessato solo alcune situazioni; inoltre, con la cessazione del conflitto e la firma della pace di Dayton, l'attenzione al problema è nuovamente calata, così che pare difficile al momento attuale ipotizzare un serio interesse delle autorità a risolvere le situazioni ancora aperte. Su un totale di profughi calcolato intorno alle 60/80.000 unità, le situazioni più gravi ancora aperte risultano essere quelle di Roma, (almeno 850 sfollati su 6.000 presenze stimate), e di Napoli, seguite da Bergamo, Lecce, Pisa. Sono tuttavia molte le città italiane dove risultano segnalate situazioni di forte disagio che tendono a passare inosservate perché numericamente meno evidenti (Schiavon, 1997).

Come si mantengono?

La libertà é bella, bella, bella. Per tutti la libertà é bella. E la pace. E la salute, soprattutto la salute. Queste sono le cose principali. Queste tre cose sono il bene.
I soldi non contano. Se uno si accontenta di quello che gli serve per mantenere i figli e gli avanza qualche soldo per vestirsi, é molto più contento di quello che ha i miliardi ed é malato. Il gagio lavora, lavora sempre, sperando di diventare qualcosa e, sperando così, muore. E' diventato servo. Una volta nei tempi antichi, andavi dove volevi e non ti domandavano niente. Poveri siamo nati e poveri moriamo. Chi muore ricco? Se anche ha miliardi povero muore: lascia tutto. E' una maledizione che tutti diventano pazzi per i soldi, é una malattia. Basta vivere in pace, in benedizione. Questo é il paradiso.

Bruno Levak, scrittore zingaro

Le attività economiche degli Zingari sono estremamente varie e variabili. Cioè sono molteplici per un dato individuo e cambiano col tempo: il lavoro dei metalli, il recupero di materiali diversi e la loro vendita, il commercio dei cavalli, i mestieri dello spettacolo e del circo, quelli dello spettacolo viaggiante, la vendita ambulante o sui mercati, la fabbricazione e la vendita artigianale di oggetti diversi, i lavori agricoli talvolta sul posto, più spesso stagionali, la buona ventura, l'accattonaggio, etc. Tutti questi mestieri sono concepiti come una vendita di servizi e di beni a dei clienti che non sono Zingari. L'aspetto del negoziare è sempre presente: ricercare il cliente, persuaderlo, mercanteggiare, sono un supporto importante delle attività economiche. All'interno di questo aspetto commerciale, quello che caratterizza lo Zingaro è la sua polivalenza: a seconda del luogo, del momento, dell'occasione sviluppa differenti attività. Se si aggiunge la divisione per sessi del lavoro, si allarga ancora di più il ventaglio, per corrispondere al quale l'individuo è preparato sin dall'infanzia dall'apprendistato fatto a fianco dei genitori, apprendistato alla diversità, al cambiamento e non acquisizione di un unico mestiere: è dunque mediante il ventaglio delle sue competenze che l'individuo inserirà la sua pratica economica nelle circostanze fluttuanti che la determinano.
Il lavoro è una necessità e non uno scopo. Deve lasciare l'uomo libero del suo tempo, disponibile ad occuparsi degli affari sociali per sviluppare e mantenere le sue relazioni. Queste possibilità possono esistere solo nell'indipendenza eco-

nomica: non essere un lavoratore dipendente permette di non essere implicato in quell'universo estraneo che viene rifiutato. Lo Zingaro, indipendente, può essere povero, ma non è mai proletario. Ciò che conta dunque in un mestiere è prima di tutto il modo di esercitarlo e la scelta è, perciò, il risultato di un compromesso fra il bisogno di avere fonti di reddito ed il desiderio di mantenere il proprio stile di vita, in un contesto socio-economico e culturale mutevole. L'economia, inoltre, determina in modo rilevante il nomadismo o la sedentarietà in quanto richiede anche lo sparpagliamento dei gruppi, altrimenti il settore di lavoro sarà rapidamente saturo (Liégeois, 1995).

La famiglia zingara costituisce un'unità economica in cui ogni membro è tenuto a svolgere un ruolo attivo. E' dunque normale per il bambino zingaro partecipare all'attività economica della famiglia. Ciò che per lui non è normale è dover sostituire interamente in tale ruolo i genitori, nel caso essi siano stati messi in condizione di non esercitare la loro attività economica (UNICEF, 1994).

La pratica dell'accattonaggio, antica almeno quanto la loro comparsa in Europa, quando come penitenti o pellegrini vivevano delle elemosine pubbliche o private, trova anche la sua origine nella società rurale in quanto il contadino pagava con beni in natura i servizi o i prodotti del fabbro, del calderaio, dello stagnino, ed era la donna che andava a chiedere un pò per giorno quanto dovuto per il lavoro fatto o un anticipo sul lavoro da fare. Da qui l'abitudine del chiedere che oggi, quando gli uomini non hanno più servizi da rendere, è rimasta spesso l'unica risorsa, trasformandosi in accattonaggio (Karpati, 1996).

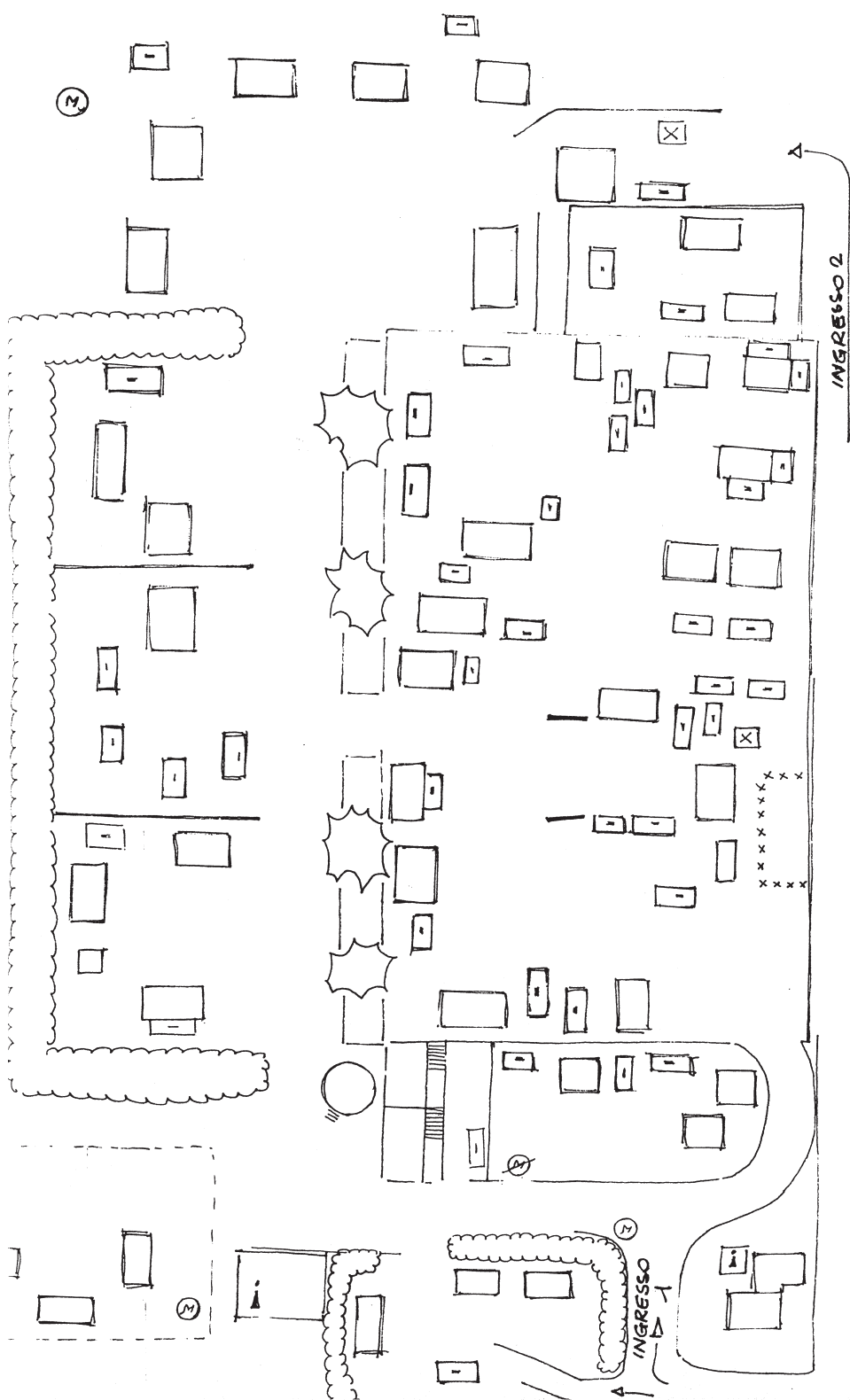
Il delicato argomento del ricorso al furto per sostentarsi viene analizzato da Adriana Monfredini (1994) a partire dall'esperienza carceraria che offre alla coscienza degli Zingari ladri una sorta di alibi morale che li induce a non sentirsi particolarmente colpevoli dei borseggi: affermano, convinti, che non sono poi un gran male rispetto ai più gravi delitti dello spaccio di droga, rapimenti, rapine a mano armata, scippi violenti, compiuti dagli altri frequentatori del carcere. La difficoltà di capire la gravità del borseggio e del danno arrecato alle vittime è stato spiegato da una antropologa alla luce della conflittualità, da sempre esistita, fra popoli nomadi e popoli sedentari. Questi accumulano per premunirsi dalle incertezze del futuro, mentre quelli vivono giorno per giorno, spostandosi a seconda delle risorse offerte dall'ambiente circostante. Quando l'ambiente naturale non offre più possibilità di vita, il sedentario, con le sue scorte, è vissuto dal nomade nient'altro che come risorsa offerta dall'ambiente. Il nomade si appropria così dei beni accumulati dall'altro, da lui ritenuti una ricchezza aggiuntiva. Non si intende dire che lo Zingaro non abbia una morale personale, tutt'altro: vuol dire, piuttosto, che i suoi valori non sono ormai più sufficienti nell'interazione con la nostra cultura. Noi richiediamo ed imponiamo loro nuovi modelli di comportamento e nuovi valori ma con modalità contraddittorie ed incoerenti: questi atteggiamenti generano, da una

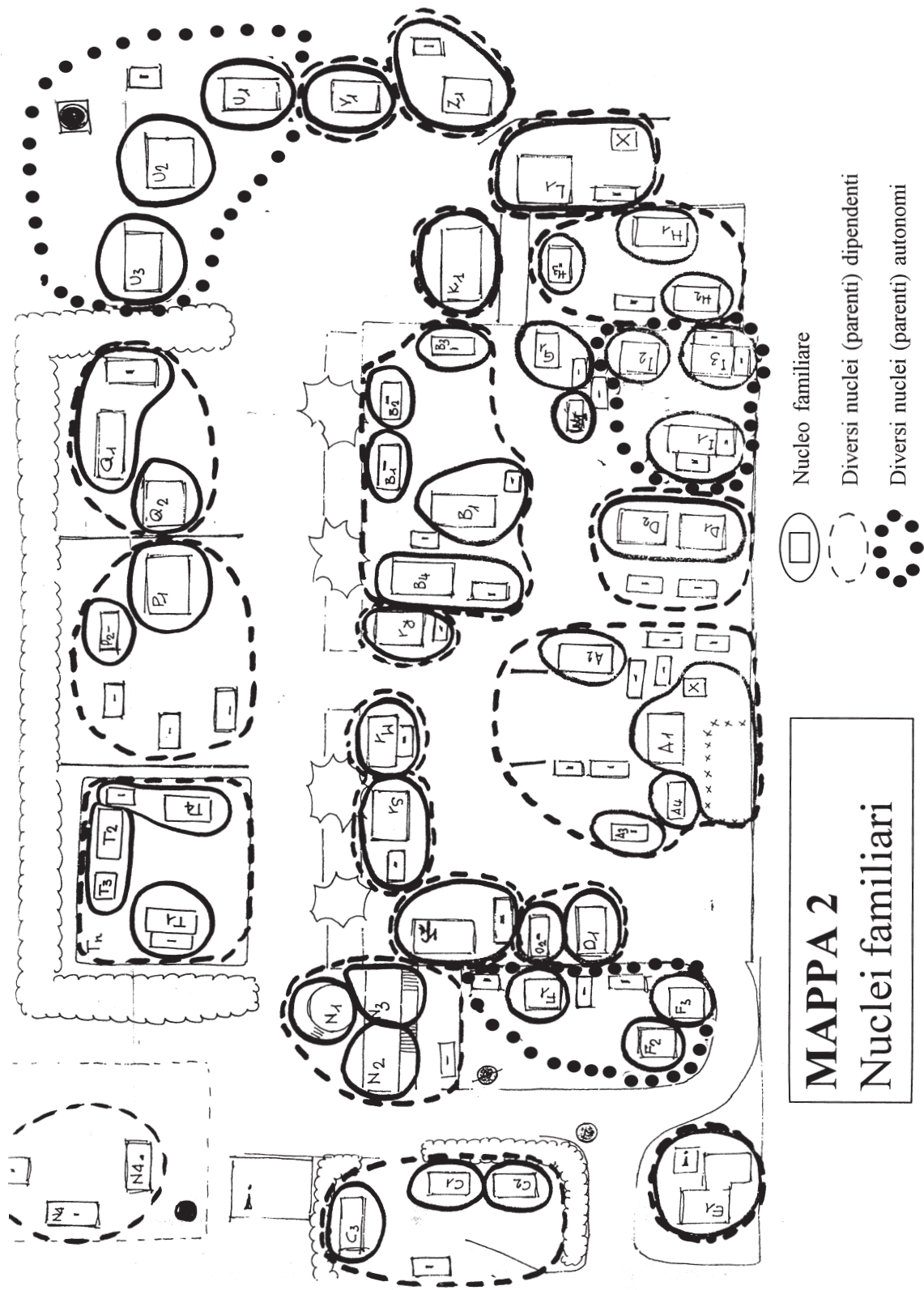
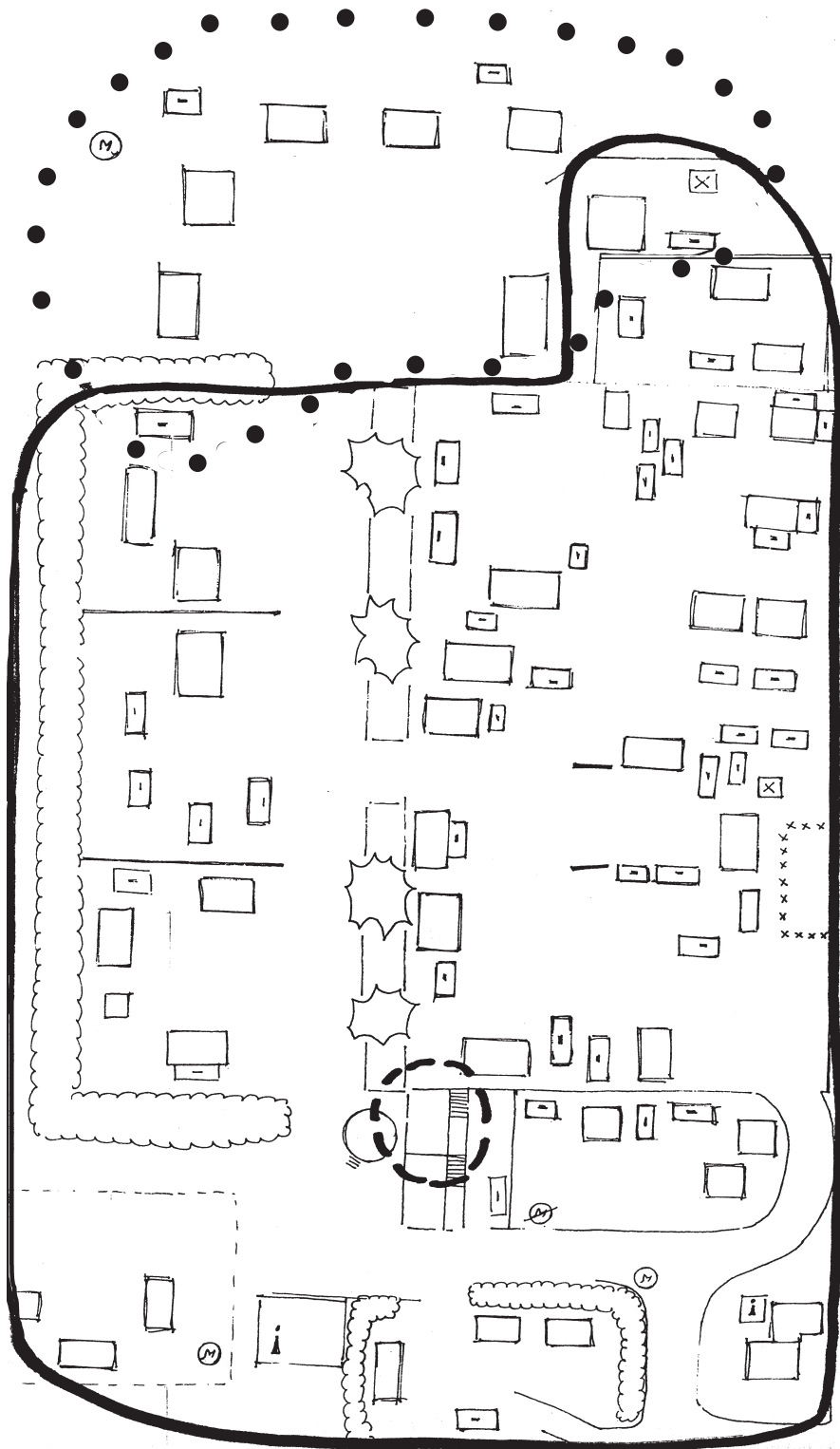
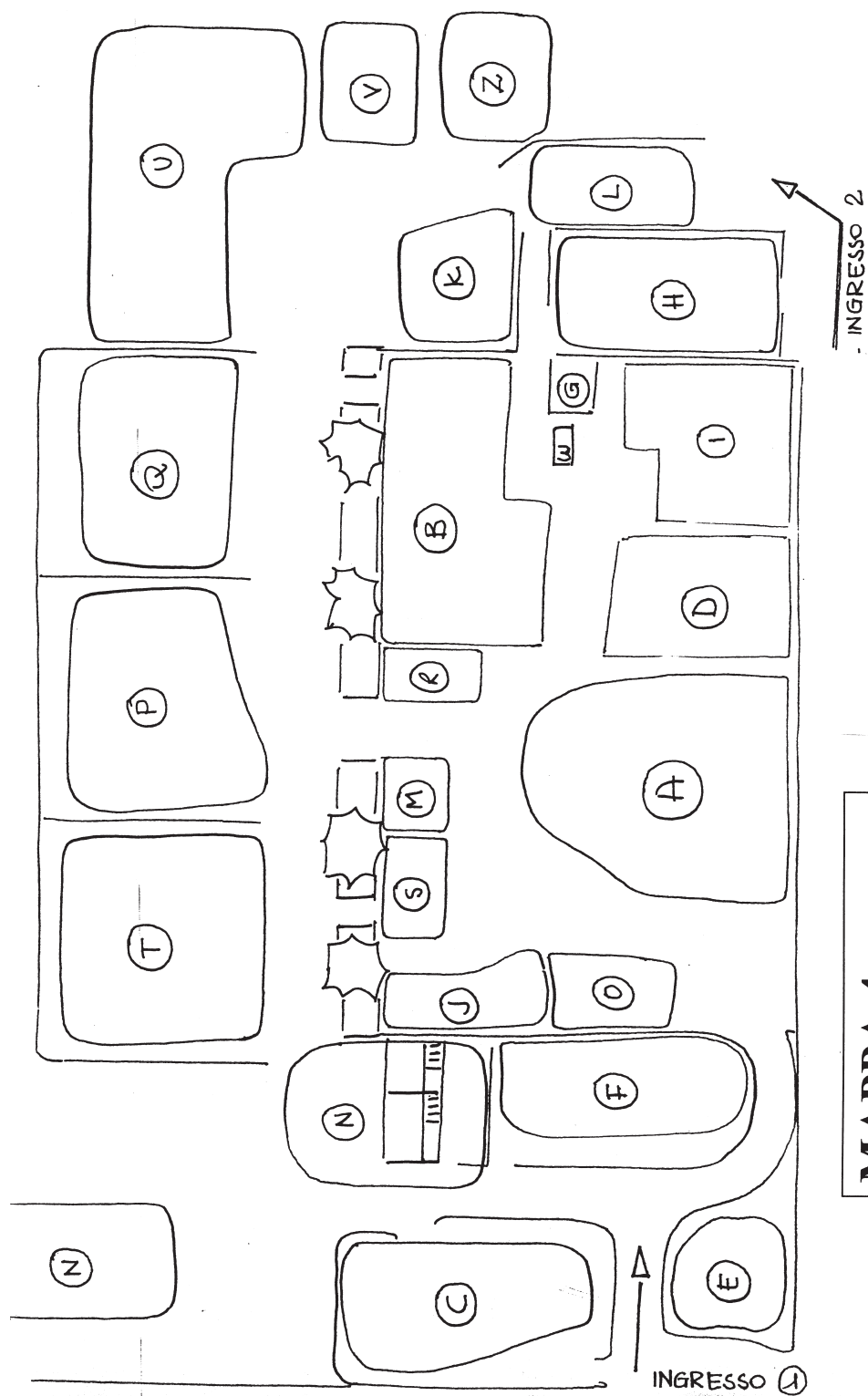
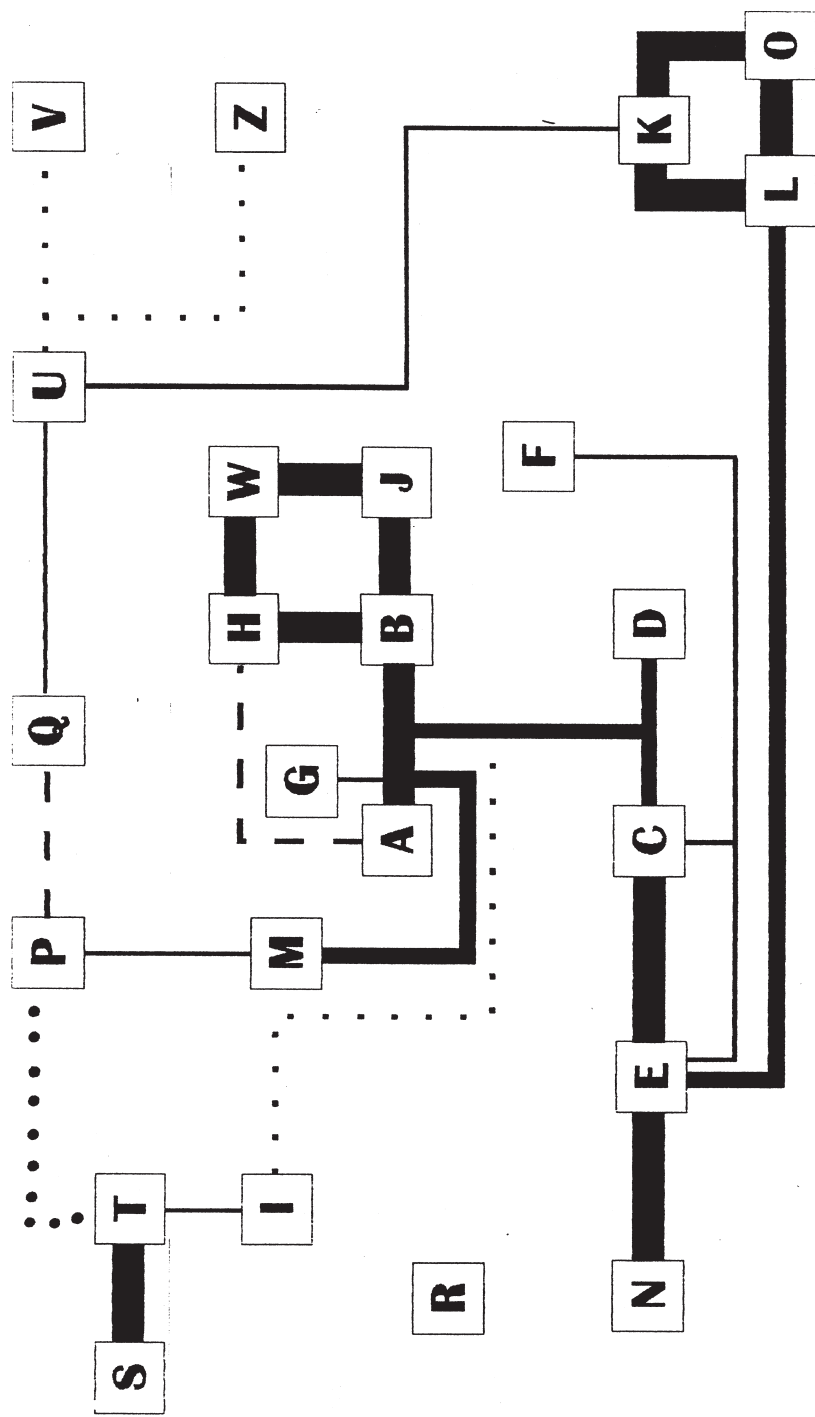
parte, confusione e, dall'altra, stimolano una reazione di furbesco adattamento e svincolamento fra le larghe smagliature dell'applicazione delle leggi da parte delle nostre autorità.

la nostra esperienza

Le possibili fonti di reddito, lecite od illecite, sono molteplici e coinvolgono numerosi campi. Alcuni conservano le attività artigianali tradizionali degli Zingari, come il lavoro del rame, del legno, del vetro. Altri raccontano di aver lavorato come manovali o uomini di fatica in imprese di costruzioni o depositi all'ingrosso; alcune donne tolgono il malocchio e leggono la mano come attività remunerativa.
Nel campo solo una famiglia, giunta recentemente, ci ha chiaramente detto di praticare l'elemosina, così come l'hanno praticata alcune donne trovatesi in serie difficoltà, essendo il marito in carcere e non avendo ricevuto nessun aiuto da parte dei parenti.
In ogni caso l'attività economica più diffusa e remunerativa é sicuramente il furto: commettono furti negli appartamenti, prelevando solo soldi ed oro con successiva ricettazione della merce. I furti vengono effettuati da bambini o giovani, sia maschi che femmine; la ricettazione invece viene praticata solo da alcuni, pochi, adulti. Di fronte a questa attività illegale mostrano un atteggiamento abbastanza ambiguo: cercano di non parlarne, facendo quasi finta di niente. Quando l'argomento viene affrontato direttamente si giustificano con vari argomenti. Prima di tutto é una forma di reato minore: non si metterebbero mai a sfruttare la prostituzione o a spacciare droga, così come a fare rapine a mano armata. Inoltre dicono di farlo per necessità, perché devono dare da mangiare ai figli, e il denaro viene subito re-immesso in circolazione, non capitalizzato. Infatti viene malvista la tendenza, da alcuni intrapresa, di continuare a rubare nonostante non sussista il bisogno, essendo già sufficientemente ricchi: "quelli sì che dovrebbero andare tutti in carcere".
Alcuni mantengono investimenti nel paese d'origine, più che altro sotto forma di proprietà immobiliari, oppure investono in oro; pochi hanno un conto in banca. Non vogliono fare investimenti in Italia perché, in questo paese, si sentono insicuri, sempre in pericolo di essere mandati via o di doversene andare per ragioni giudiziarie. Infatti alcuni riferiscono di avere l'intenzione di acquistare una casa ai figli, ma solo qualora riuscissero ad ottenere la cittadinanza.
Alcuni regolarizzano la propria posizione come artigiani (partita IVA, ecc...), non usano mai direttamente oggetti rubati, pagano la bolletta del telefono e tutte le altre (poche) imposte a cui sono soggetti.
C'é ostentazione nell'uso del denaro, sembra che tutto quello che hanno lo spendano: per le feste non badano a spese, agli ospiti viene sempre offerto in abbondanza ciò che hanno in casa, nelle case si trovano oggetti voluttuari, etc.
Collegata all'attività economica é l'esperienza del carcere che quasi tutti, in differente misura, hanno provato. Non ne parlano volentieri e, se costretti, tendono a minimizzare affermando che, in fondo, si sta

> bene e l'unico problema é la lontananza dai figli. In realtà la paura del carcere, in molti, funziona da deterrente nel continuare a rubare: dopo alcune esperienze di detenzione, in effetti, farebbero di tutto pur di evitarla.

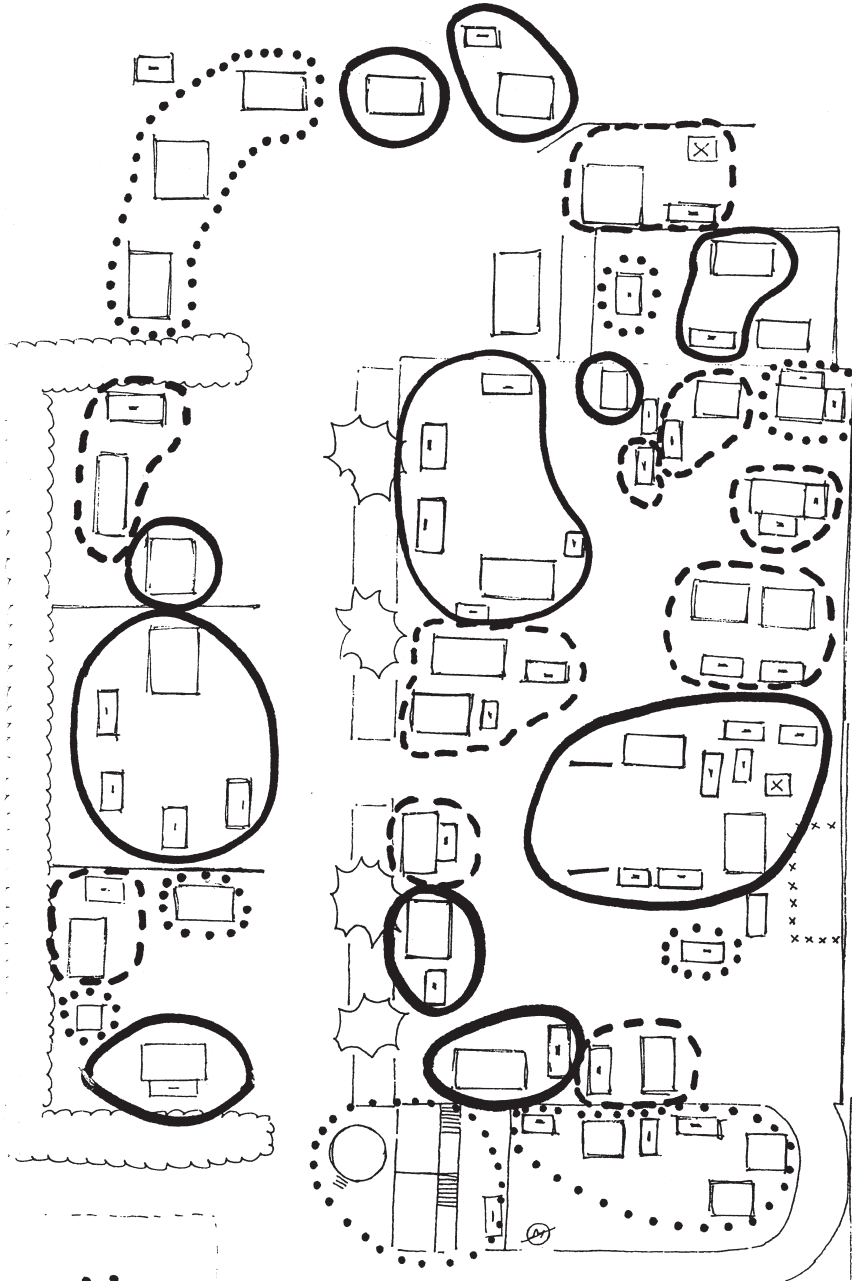
Attualmente, a causa delle molteplici costrizioni, gli Zingari si trovano a sfruttare risorse sempre più limitate. I cambiamenti hanno avuto luogo, nella maggior parte dei paesi, fra il 1945 ed il 1960: l'esodo dalla campagna, che ha fatto scomparire una clientela abituale e distrutto la simbiosi che si era instaurata fra famiglie rurali e famiglie nomadi, con lo scambio di beni e di servizi; la diffusione di prodotti fabbricati in serie, che ha chiuso molti sbocchi. A questi cambiamenti si sono aggiunte le norme che ostacolano l'esercizio dei piccoli mestieri, sia per le tasse troppo alte, sia per la mole della documentazione amministrativa necessaria per essere in regola, sia per la pura e semplice proibizione (per esempio alla vendita ambulante); il regolamento restrittivo dei terreni attrezzati per nomadi che proibisce o limita il lavoro sul posto, causando il fallimento economico per chi vi soggiorna e la conseguente dipendenza dall'assistenza sociale; la perdita di adattabilità per coloro che devono fermarsi per scolarizzare i figli.
Gli effetti diretti o perversi della normativa sono tanto meno presi in considerazione, quanto meno è compresa l'importanza dei mestieri degli Zingari, mentre a volte sono mestieri utili e dinamici. Utili nel settore del recupero di ogni sorta di materiali nell'attuale società dei consumi, in linea con le trasformazioni del mercato del lavoro che richiede sempre maggiore dinamicità. Inoltre nelle città moderne sono previsti spazi appositi per la vendita ambulante: piazze per piccoli mercati, strade pedonali, animazione nelle vie (spettacoli, musica) sono i benvenuti.
Le difficoltà che si trovano a vivere comportano una competizione di ordine economico che rompe i legami di solidarietà: si generano conflitti, la distinzione fra gruppi familiari benestanti e gruppi poveri diventa sempre più marcata, compare la disoccupazione, si accentua la dipendenza dai servizi sociali. Subìta, più che scelta, la situazione è vissuta con difficoltà, in penose condizioni di persistente rigetto.
Tuttavia gli Zingari sono sempre capaci di adattarsi. Basta che i loro dinamismi non siano troppo contrastati (Liégeois, 1995).

MAPPA 1
Struttura del Campo

MAPPA 2
Nuclei familiari
Nucleo familiare
Diversi nuclei (parenti) dipendenti
Diversi nuclei (parenti) autonomi

MAPPA 3
Gruppi etnici
Kanjarija
Khorahanè
Bunkulies

MAPPA 4
Gruppi familiari

P
Q
U
V
S
T
H
W
Z
I
M
G
A
B
J
R
F
N
E
C
D
K
L
O
parentela strettissima (genitore-figlio; fratelli)
parentela stretta (zii-nipoti; cugini)
parentela lontana
legame tramite matrimonio
relazione ipotizzata (per parentela o paese d'origine)
MAPPA 4bis
Rapporti tra gruppi familiari
EN - equipe nomadi - Caritas '96

DESCRIZIONE DELLE TIPOLOGIE DI ABITAZIONE

POVERA
1-2 roulotte malmesse che fungono da camere da letto; comunicano con la baracca, di cui costituiscono alcune pareti. La baracca, con o senza pavimentazione, a volte con pavimenti coperti da ghiaia, funge da area comune, e si trovano all'interno:
- stufa/cucina a legna
- mobilio malmesso
- immagini sacre affisse alle pareti
(questa forma precaria di abitazione è utilizzata anche da chi é provvisorio al campo)

'BENESTANTE'
1-2 roulotte indipendenti dalla baracca. La baracca, utilizzata sia come luogo comune sia come dormitorio, può essere divisa o meno in due locali ed é pavimentata. Al suo interno troviamo:
- stufa a legna, cucina a gas esterna
- mobilio di vario stile, ma in buone condizioni
- foto di familiari, di piccole dimensioni
- piccoli elettrodomestici
- generatore elettrico a benzina
- TV, videoregistratore, eventualmente stereo
- telefono cellulare

RICCA
Diverse roulotte, a volte lussuose, in cui si dorme a seconda della temperatura esterna. La baracca é ben tenuta, é pavimentata e consta di vari locali. Nella sala comune troviamo:
- stufa a legna, cucina a gas oltre quella a legna
- foto poster dei familiari
- tappeti sui pavimenti ed alle pareti
- mobilio adeguato ad un'abitazione
- TV, videoregistratore, eventualmente stereo
- elettrodomestici, filtri per l'acqua
- telefono cellulare
- tendine curate alle finestre
- cortile con ghiaia
- frutta sul tavolo, animali da cortile

MAPPA 5
Livello di ricchezza

——— Abitazione ricca
.... Abitazione povera
– – – – Abitazione benestante

PARTE SECONDA

LA SALUTE DEGLI ZINGARI

di Fulvia Motta

con la collaborazione di

Carlo Ruggeri, Giovanni Baglio

Area Sanitaria Caritas di Roma

Premessa

Nel semplice 'aver cura' l'uomo, anche quando é mosso da una forte compassione, può rimanere essenzialmente chiuso in se stesso. Egli si riversa sull'altro nell'azione con il soccorso, ma le barriere del proprio essere non cadono: non offre all'altro la chiave di se stesso: gli presta assistenza ma, di fatto, non si aspetta alcuna reciprocità reale, neppure la desidera in alcun modo.
Mediante le relazione essenziale al contrario le barriere dell'essere individuale sono veramente aperte e si produce allora un fenomeno nuovo: uno stato di accogliente disponibilità da persona a persona, non statica, ma che raggiunge la sua completa attuazione soltanto da un punto all'altro, sempre capace di prendere ulteriore forma nella continuità della vita.

Martin Buber, filosofo austriaco

Voler dare una descrizione, sia pure generale, ma con dati attendibili, dello stato di salute della popolazione zingara significa scontrarsi con una serie di problemi non indifferenti. Già Gene Feder nella sua tesi di laurea in Medicina nel 1989, nella quale presenta una delle più complete revisioni della letteratura al riguardo, fa notare che "l'aspetto più sorprendente è quanto raramente sia stata studiata la salute degli Zingari e l'attenzione sanitaria ai medesimi" (Acton et alii, 1997). Sono praticamente inesistenti dati storici e le ricerche condotte negli ultimi vent'anni sono solo su piccola scala, in situazioni molto specifiche ed i risultati quasi sempre non sono generalizzabili.
Nell'impostazione di una ricerca sugli aspetti sanitari del mondo zingaro si incontrano numerosi problemi metodologici:
- sono una popolazione che non è ben identificabile nelle statistiche sanitarie correnti; il paziente zingaro infatti non è registrato come tale dai servizi sanitari e non corrisponde ad una nazionalità, una residenza o altro. Tale situazione è comune a tutte le nazioni nelle quali esiste letteratura sull'argomento, nord americane ed europee, con l'eccezione dell'Ungheria, dove invece vengono identificati con la richiesta della loro lingua madre. D'altra parte i sistemi informativi ufficiali sono ancora molto limitati e ben lontani dall'affrontare la complessità del problema etnico: nelle nostre 'statistiche vitali' non vengono elaborati i denominatori di popolazione, non si conosce il numero dei nomadi, degli immigrati (visibili solo se regolari), dei nati da genitori stranieri o da coppie miste, dei minori immigrati residenti; non ne conosciamo la morbilità (perché non viene elaborata), né la mortalità (perché sul certificato di morte non è riportata la cittadinanza); la rilevazione dei dati, quando c'è, 'confonde' cittadinanza, residenza, nascita all'este-

ro, paese di provenienza, rendendo 'illeggibile' la presenza degli Zingari, e spesso anche degli immigrati, nelle usuali fonti di dati routinari;

- gli Zingari sono una popolazione in parte nomade ancora oggi: risulta difficile fare epidemiologia, raccogliere dati sulla salute di un popolo in movimento, di cui non esiste un censo sulla cui base analizzare le osservazioni fatte sul campo ed anche negli studi su piccola scala, quando si pensa di avere la misura di un problema, questo cambia improvvisamente;
- sono pazienti che, quando non ne sono esclusi, utilizzano poco ed in modo scorretto il Servizio Sanitario Nazionale (SSN): viene così a cadere anche il punto di osservazione dei servizi socio-sanitari che potrebbero, almeno in parte, ovviare alla loro scarsa 'visibilità'; d'altro canto le istituzioni ed i servizi socio-sanitari hanno posto, fino ad ora, scarsa attenzione alla peculiarità della domanda emergente ed alla necessità di individuare modalità di risposta non precostituite;
- gli studi vengono svolti quasi sempre sui gruppi di Zingari più poveri, quelli conosciuti dagli operatori sociali e dal volontariato, quelli cioè che con maggiore probabilità soffrono di alti tassi di morbilità e mortalità. C'è infatti una controversia continua su quanto la differenza nelle statistiche sanitarie fra Zingari ed il resto della popolazione sia reale o solo un artefatto, ed anche quanto dei dati sanitari registrati sia il risultato di uno stile di vita e quanto sia genetico. Gli Zingari che hanno letto questi studi epidemiologici li hanno spesso criticati come esagerati (Naga, 1995; Acerbi et alii, 1995; Sormani, 1995; Hawes, 1997; Acton et alii, 1997).

Ma dallo studio della letteratura scientifica confrontata con la nostra ed altrui esperienza emergono anche altri dati:

- la chiusura dei nomadi verso l'esterno ha fatto sì che tuttora ci siano molti aspetti, anche prettamente sanitari, che ritroviamo comuni fra gli Zingari di tutto il mondo;
- nonostante gli Zingari siano un insieme di gruppi molto diversi a livello etnico e di condizioni socio-economiche e che, come è naturale, esistano spesso differenze tra i singoli individui, molte caratteristiche di fondo sono comuni e ben distinte da quelle dei gagè (Sormani, 1995; Naga, 1995);
- l'atteggiamento dei gagè verso gli Zingari, e di conseguenza delle strutture sanitarie ufficiali, gestite dai gagè, ha delle matrici comuni in tutto il mondo e genera la stessa difficoltà di interazione con il paziente zingaro da parte di sanitari di ogni nazionalità; pertanto, secondo noi, ha senso parlare in generale di problemi sanitari prevalenti fra gli Zingari, di comportamento sanitario degli Zingari, di risposta o di mancata risposta delle strutture sanitarie al loro bisogno di salute pur rimanendo sempre consci della parziale conoscenza di questa realtà, caratterizzata senza dubbio da una intrinseca complessità.

Esiste un sistama medico Zingaro?

Non camminare dietro a me, non potrei guidarti,
non camminare davanti a me, non potrei starti dietro
cammina proprio accanto a me, amico mio.

Albert Camus filosofo francese

E' un dato ormai acquisito dalla nuova generazione di ricercatori impegnati nello studio delle comunità marginali, il bisogno di prendere in prestito dal dominio dell'antropologia sociale alcuni strumenti nell'approccio teorico ad un lavoro di tipo sanitario.
Non sono numerosi gli studi sul sistema medico zingaro, ma è indispensabile tenerli presenti quando si vuole parlare di comportamento sanitario.
Nonostante esista il rischio di generalizzare e semplificare un tema che ha molte sfaccettature ed è estremamente complesso, riportiamo alcune riflessioni largamente accolte da chi si occupa dello specifico argomento.

Gli Zingari distinguono nettamente fra l'aspetto esteriore, che per lo più trascurano, e l'essenza interna, intangibile e più importante di ogni altra cosa (UNICEF, 1994). Non tener conto delle regole che permettono di ribadire l'opposizione interno-esterno rispetto al corpo e quella parallela fra Zingari e gagè significherebbe, per il gruppo minoritario, non essere più in grado di asserire la propria identità. Tanto l'esterno del corpo può presentarsi 'sporco' quanto è necessario che tutto quanto va all'interno sia ritualmente 'pulito'. Molta attenzione viene infatti prestata ai cibi che, pur provenendo dai gagè, devono essere cucinati dai Rom per essere ritualmente puri; massima cura deve essere prestata al fatto che non vengano in contatto con oggetti utilizzati per lavare l'esterno del corpo come sapone, bacinelle... (Naga, 1995).
La vita degli Zingari, infatti, è controllata da complessi ed onnipresenti *regole* raggruppate sotto il termine di 'impuro'. Esiste una marcata dicotomia fra puro ed impuro. Tutti i veri Zingari sono puri e tutti i *gagé* impuri, ed il preservare il puro richiede la stretta aderenza alle regole di comportamento. Per quanto riguarda il simbolismo del corpo, la parte alta, dalla vita in su, è considerata la più pura e viene tenuta molto pulita, la parte bassa, ossia dalla vita in giù, è impura (questo quindi vale soprattutto per gli escrementi e tutto ciò che è collegato alla sessualità) e non deve mai essere messa in con-

tatto con la parte superiore del corpo; sono le mani che mediano fra queste due parti e da esse dipende la capacità di mantenere la distinzione tra ciò che è impuro e ciò che non lo è.
Il corpo sotto la vita è impuro soprattutto nelle donne, e bisogna fare attenzione a non inquinare l'uomo. Perciò la donna dopo la pubertà non deve mai camminare direttamente di fronte ad un uomo, e la donna mestruata non deve preparare cibo. In contrasto, la parte sopra la vita è pura, non c'è imbarazzo con il petto e le donne spesso vi portano il denaro (Naga, 1995; Thomas, 1985).
Thomas Acton critica la differenza di genere che si fa in letteratura per capire i rituali della pulizia, definendoli come 'sporcizia delle donne'. Per questo autore non è importante il genere, la donna non è una minaccia per l'uomo, bensì in caso è il gagè che è impuro. La priorità è evitare che qualsiasi cosa sporca venga mangiata. Gli usi sono ancora vigenti e si sviluppano a seconda della situazione sociale ed economica della comunità. La ragione conscia per le pratiche della pulizia è un approccio di igiene: gli Zingari sulla strada avevano, ed hanno, difficoltà ad ottenere acqua pulita. Il declino dell'elemento sessuale nei rituali si inquadra bene nei mutamenti del ruolo della donna che stanno gradualmente avvenendo nella società zingara (Acton et alii, 1997).

Sintetizzando possiamo dire che 'impuro' ha vari significati che si dividono in due categorie:
1. è usato per indicare impurità sia fisica sia rituale o morale e viene distinto dal termine sporco, che corrisponde al nostro significato: le impurità si combattono rispettando la separazione tra le due parti del corpo;
2. indica l'essere rifiutato: si sovrappone al primo significato perché il divenire impuro comporta essere rifiutato dal gruppo; per esempio i non Zingari sono rifiutati.
C'è poi un significato più ampio: impuro viene applicato ad una serie di contesti per indicare il confine sociale: il più rilevante è fra Zingari e gagé: considerati anche fonte di molte malattie, poi fra categorie di età (prima e dopo la pubertà) e di sub-gruppi di Rom.
Si arriva così alla 'romania' che è lo stato di essere Zingaro; include condizioni e regole per l'identità come Rom, indica il comportamento sociale che ogni individuo deve accettare almeno in principio per essere un Rom, implica uno stato di purezza che viene accettato dagli altri Rom (Sutherland, 1992).

Da tutto ciò deriva il concetto di buona salute e di benessere, che per gli Zingari è più ampio del nostro. E' una condizione che dipende da tre fattori: il comportamento dell'individuo coinvolto, le azioni del suo gruppo sociale e la sorte. Ogni persona ha bisogno di buona sorte per mantenere la

propria salute e, fino ad un certo livello, la buona sorte è controllabile, così come la buona salute. Un comportamento socialmente corretto è legato in molti modi alla buona salute ed infrangere delle regole sociali può causare malattia. Ma anche i comportamenti verso la morte, i santi e Dio stesso sono fattori importanti nel determinare le condizioni di salute. Infatti la sfera della medicina e quella della religione sono tuttora strettamente collegate, e prevenzione e cura possono avere a volte a che fare più con le credenze ed i riti tradizionali che con le teorie e le pratiche scientifiche. Inoltre il contagio è vissuto come un rapporto indebito tra il regno dei vivi e quello dei morti.

La malattia non è un affare solo dell'individuo, bensì un problema sociale di grande importanza: una malattia grave coinvolge sempre un ampio cerchio di parenti, con priorità assoluta rispetto ad altri doveri e noncuranza per la distanza che può separare dal malato, per cui si affrontano viaggi non indifferenti per stare accanto al suo letto.

Molte malattie sono il risultato della contaminazione del singolo per il proprio, od altrui, comportamento. Dick Zatta afferma che "la malattia è considerata uno stato impuro, vergognoso, attribuibile al contatto con luoghi o persone sporche (nel senso di impure): aver contratto una malattia contagiosa è una vergogna ed 'accusare' un altro di essere malato è una grossa offesa. Se la malattia non è grave, come un'influenza, viene ignorata, ma quando si tratta di una malattia grave il parlarne è rigorosamente vietato." Ciò spiega perché ad un operatore sanitario esterno possa sembrare che per gli Zingari lo stato di malattia sia dato solo dalla presenza di sintomi, soprattutto il dolore: quando i sintomi prendono il sopravvento ed impediscono una vita normale allora si accetta di dichiararsi malato e si cerca aiuto specialistico. Ugualmente c'è effettivamente una grande difficoltà ad accettare l'idea di malattia senza sintomi, come molte patologie croniche in fase iniziale.

Tornare ad uno stato di purezza richiede il conformarsi a comportamenti sociali corretti. La fortuna e la buona salute sono strettamente collegati; molti oggetti di uso quotidiano - come colori, numeri, cibi - e molte azioni vengono classificate di buon auspicio o di cattivo auspicio. Per esempio, una persona grassa è fortunata e piena di salute, una magra o è malata o è troppo povera ed entrambe le cose indicano cattiva fortuna. La malattia e la cura della stessa coinvolgono ben più che le mere funzioni fisiologiche: rappresentano uno stile di vita che non può essere separato dal contesto sociale. Il concetto di malattia è un'estensione delle idee sulla vita e la morte, sulle relazioni con gli altri e con il mondo degli spiriti. Malattia e salute sono anche espressione di attività consuete quali pulizia, cibo, lavaggi, vestiti.

I Rom fanno una distinzione fra malattie che provengono dai non-Zingari e malattie che sono esclusivamente parte del loro mondo. Le prime possono essere curate da dottori gagè, le seconde solo dai loro curatori, che quasi sempre sono le donne anziane. Le malattie dei due gruppi spesso si sovrappongono, ma le cause sono differenti; per questo si possono provare contemporaneamente differenti cure per la stessa malattia (Sutherland, 1992; UNICEF, 1994; Naga, 1995).

la nostra esperienza

In merito all'origine delle patologie vi é la credenza che alcune malattie insorgano a causa dell'intervento di spiriti, spesso definiti come il "male" che entra dentro e rovina un equilibrio, inducendo conseguentemente la malattia. Gli Zingari di uno dei campi che seguiamo ci hanno detto che a questa 'categoria' appartengono il cancro ma anche, fra le altre, la varicella e la rosolia, ed é inutile qualsiasi medicina perché bisogna "allontanare il male". La cura viene praticata da persone che 'sanno', con un rituale durante il quale grande importanza hanno le preghiere che solo il guaritore conosce. Ciò distingue il guaritore che usa erbe insieme alle preghiere e può curare malattie dovute all'entrata del "male", dal semplice uso di erbe ed altre sostanze, come ad esempio il grasso di animale, abbastanza diffuso fra le donne ed anche fra alcuni uomini per intervenire su patologie minori.
E' inoltre abbastanza comune una visione organicistica della malattia, anche se appena abbozzata, che porta i Rom a cercare aiuto nelle strutture sanitarie.

La malattia è una preoccupazione costante dei Rom ed un argomento di conversazione sempre presente. A questo proposito ci sembra pertinente riportare le osservazioni di Acton e collaboratori (1997): "Nessuno è più preoccupato per la salute degli Zingari, degli Zingari stessi. Possiamo presumere che, come per i membri di ogni altro gruppo etnico, la maggior parte di loro abbia una tenera preoccupazione per il proprio benessere fisico, e che ciò sia parte della loro condizione umana. Nondimeno, molta della limitata letteratura scientifica, epidemiologica e politica sulla salute degli Zingari assume l'opposto: che l'educazione sanitaria per gli Zingari debba insegnare, oltre che la conoscenza 'convenzionale' su particolari malattie e sintomi, anche una nuova e prima inesistente preoccupazione per la propria salute."
Infatti i Rom mostrano una forte consapevolezza della malattia e della morte che considerano un momento di forte crisi, non solo per l'individuo colpito, ma per la famiglia in senso stretto e per il circolo ampio dei parenti. Perciò la malattia e la morte sono trattate come un problema individuale, ma anche sociale, così come la questione della purezza-impurità hanno ramificazioni individuali e sociali (Sutherland, 1992).

Quanto sopra esposto non ci sembra in contrasto con quanto viene spesso

descritto da chi fa lavoro di campo, e cioè come nessun Rom riconosca il proprio gruppo come particolarmente soggetto a malattie o disturbi rispetto ai gagè e come ogni accenno alla vita media molto bassa susciti reazioni di aperta ostilità. Se la malattia é per l'adulto motivo di vergogna, perciò da nascondere, ancor più egli si vanterà della propria forza e resistenza, sicuramente, secondo i propri schemi, superiore a quella dei gagè. Ugualmente, nonostante i dati dimostrino una maggiore ospedalizzazione dei bambini rom rispetto agli italiani, il giudizio dei componenti del gruppo minoritario sottolinea invece come i bambini gagé, sempre chiusi in casa, siano più malati e deboli dei loro. Questo non significa che il Rom non si allarmi moltissimo per il minimo disturbo di cui soffre il bambino, soprattutto se molto piccolo, e di questo si ha conferma indipendentemente dal gruppo zingaro preso in considerazione. Questo atteggiamento rivela come per il Rom vi sia la percezione di una netta differenza tra la forza e la resistenza propri di una persona adulta e quella di un bambino. Ugualmente la loro preoccupazione, descritta in tutti i lavori di campo, rispetto alle condizioni igieniche ed abitative in cui vivono, a quando fa molto freddo o i campi sono invasi da topi, rifiuti ed allagamenti, si riferisce soprattutto alla salute dei bambini, considerati più vulnerabili e non ancora 'protetti' dai rituali di separazione fra puro ed impuro che vengono richiesti solo dopo la pubertà (Naga, 1995).

Ci sono dati sanitari?

Rimane un'esperienza di un valore inestimabile aver imparato a vedere i grandi avvenimenti della storia del mondo dalla prospettiva di chi ne é messo al margine, di chi é sospettato, maltrattato, impotente e deriso in breve, di chi soffre.

Dietrich Bonhoeffer pastore protestante tedesco

Dalla revisione della letteratura sull'argomento si evidenzia chiaramente che le famiglie zingare vengono considerate, in tutto il mondo, come molto svantaggiate nel campo della salute e come le cause di ciò siano complesse e multistratificate. C'è accordo nell'identificare i fattori principali di questo svantaggio:
- sia le comunità nomadi che quelle sedentarie vivono in situazioni abitative altamente degradate;
- sono comunità oggettivamente povere;
- vengono messi in atto pregiudizi e discriminazioni, anche per il loro atteggiamento di separazione dalla società ospite;
- viene impedita loro una reale possibilità di scelta;
- i sistemi sanitari ufficiali sono incapaci di rispondere alle esigenze di salute poste da queste comunità e dal loro stile di vita, fino ad arrivare ad una non accoglienza, se non aperta ostilità. Inoltre la burocratizzazione, eccessiva e complessa anche per i non-Zingari, e una politica che tende sempre più alla privatizzazione, aumentano le barriere all'accessibilità.

Questi fattori, più che l'etnicità, la tradizione, i tabù o la consanguineità devono essere oggetto dell'attenzione dei pianificatori sanitari: se anche si afferma che in molti casi l'ambiente generale e lo stile di vita specifico di una comunità possono essere fattori determinanti per la salute, più importanti dell'organizzazione sanitaria - e questa è una osservazione pertinente proprio per i gruppi realmente 'nomadi' - , ciò non assolve le agenzie nazionali preposte alla tutela della salute dal dovere sia di conoscere per capire, sia di costruire ponti per incontrare a metà strada coloro che intendono la salute in modo diverso dai procedimenti ufficiali (Hawes, 1997).

E questa coscienza vorremmo accompagnasse gli operatori sanitari nella lettura di queste pagine.

Aspettativa di vita

L'aspettativa di vita media alla nascita, fornisce indicazioni preoccupanti sullo stato di salute della popolazione zingara in Europa: nel 1983 è stata calcolata in Ungheria di 15 volte inferiore alla media nazionale, in Spagna non era superiore ai 43 anni (nazionale di 73 anni), in Irlanda raggiungeva nel 1985 appena la metà di quella nazionale, negli Stati Uniti nel 1986 non era superiore a 51 anni, in Italia solo il 3% della popolazione zingara aveva superato nel 1985 i 60 anni, mentre nel 1989 e 1990 il 50% di essa era al di sotto dei 18 anni (UNICEF, 1994).

Distribuzione Per Fasce D'età %

	anno	Zingari	Popolaz. tot.
< 15 anni			
ex Cecoslovacchia	1980	43	24
ex Iugoslavia	1981	42	-
Francia	1989	45	22
Italia	1989	50	17
> 60 anni			
ex Cecoslovacchia	1980	4	16
ex Iugoslavia	1981	4	-
Francia	1989	4	12
Italia	1989	4	30

fonte: UNICEF, 1994

Tutti questi dati sono però accompagnati da molti dubbi sulla loro attendibilità per le ragioni precedentemente presentate (mancanza di censimenti, gli anziani sono spesso sedentarizzati o sono rimasti nei paesi di origine, nelle statistiche di mortalità non viene riportata l'etnia). A questo proposito riportiamo le conclusioni di uno studio di coorte (cioè seguito nel tempo) su 180 famiglie residenti in Irlanda (Flynn, 1986). Dall'analisi dell'età della morte dal 1940 al 1986 l'autore deduce che, con la possibile eccezione di una più alta incidenza di morti accidentali nella giovane età, il profilo dell'età della morte si approssima a quella della popolazione generale. I numeri troppo piccoli non permettono confronti dettagliati, ma si nota che molti viaggianti sopravvivono fino ad una età molto anziana.

Tasso di mortalità infantile - Nascite sotto peso

I tassi di mortalità e morbilità infantile vengono utilizzati in Salute Pubblica come indicatori indiretti delle politiche sanitarie di una nazione e le loro variazioni permettono di monitorare i cambi strategici e strutturali in sanità che si sono dati. È quasi impossibile ricavare tassi attendibili di morbilità dei

bambini zingari, mentre per la mortalità, anche se con un certo margine di errore dovuto a quanto esposto nella premessa, sono a disposizione alcuni dati interessanti.

Lo studio più completo è stato condotto da E. Toth-Pàl, Cs. Papp e Z. Papp (1994) sui dati di 63.496 gravidanze raccolti fra il 1988 ed il 1990 in tre regioni dell'Ungheria abitate per il 10% da Zingari (ricordiamo che in Ungheria viene richiesta la lingua madre nella registrazione di ogni atto medico e chi dichiara il *romanès* viene identificato come Zingaro). Ecco alcune loro conclusioni.
In Ungheria la mortalità neonatale dall'inizio del 1900 è andata diminuendo fino ad arrivare a meno del 30‰ nel 1959 e l'attenzione è stata concentrata sulla mortalità nella prima settimana di vita come problema sanitario; fra gli Zingari questo cambio ha cominciato ad evidenziarsi solo nel 1972, ma ancora nel 1978 il loro tasso di mortalità neonatale era del 40,4‰.
La mortalità perinatale fra gli Zingari non è molto cambiata negli ultimi 10 anni mentre quella dei non-Zingari è diminuita del 50%. Non si conosce la ragione di ciò ed il minore ricorso alle cure prenatali da parte delle donne zingare in realtà è una spiegazione solo parziale.
Mentre non c'è molta differenza nella mortalità perinatale di neonati maturi, è da notare che i dati sui tassi di mortalità di prematuri o immaturi sono più favorevoli per la popolazione zingara; ciò potrebbe essere correlato a differenti caratteristiche biologico/genetiche, come risultato delle condizioni storicamente conosciute di vita difficile degli Zingari che hanno provocato una selezione naturale.
C'è una differenza significativa nella distribuzione delle cause di morte: fra gli Ungheresi le anomalie congenite sono la causa maggiore di morte nella prima settimana, mentre le infezioni lo sono nel primo mese o primo anno di vita. Per gli Zingari, invece, già nella prima settimana un numero significativo di morti è per infezioni e questo aumenta ancora di più con il tempo; anche per i bambini zingari nati prematuri, che poi muoiono nel primo mese, la causa principale sono le infezioni; inoltre l'ipossia nella prima settimana è più frequente fra gli Zingari.
Altri dati riportati in letteratura:
• il tasso di mortalità infantile nel 1990 in Cecoslovacchia era del 45‰ (media nazionale 20‰);
• in Bulgaria nel 1989 era del 240‰ (media nazionale 40‰);
• in Gran Bretagna nel 1982 era 15 volte superiore alla media nazionale;
• in Spagna 35‰ nel 1977 (media nazionale 18‰);
• in Belgio nel 1986 superiore del 20% alla media nazionale;
• a Roma nel 1991 24‰ (quello non-Zingaro, sempre a Roma, 9‰);
• in ex Iugoslavia nel 1985 46‰ (media nazionale 28‰);
• in Irlanda nel 1961 pari al 113‰ mentre nel 1986 era di 3 volte superiore

alla media nazionale.
Nella stessa Irlanda lo studio di coorte già citato, condotto su 180 famiglie, nel 1986, concludeva che il tasso di mortalità infantile dei viaggianti fosse solo due volte la media nazionale (37,3‰ vs 19‰) e circa la stessa di altri gruppi economicamente svantaggiati. Considerando i viaggianti come soggetti a multipli fattori di rischio - consanguineità, matrimoni precoci, famiglie numerose, allattamento artificiale, analfabetismo, abitazioni inadeguate - la loro mortalità infantile veniva considerata sorprendentemente bassa (UNICEF, 1994; Sormani, 1995; Flynn, 1986).
I dati ricavati dai Certificati di Assistenza al Parto relativi ai nati (vivi e morti) da donna straniera a Roma nel periodo 1982-1996 (7.124 neonati) sono stati confrontati con la distribuzione delle stesse variabili tra i nati da donne residenti nel Lazio, utilizzando per i tre periodi (82-86, 87-91 e 92-96) i dati dell'anno intermedio (Sistema di Sorveglianza della Natalità e Mortalità Infantile nel Lazio, a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dati non pubblicati) offrendoci un quadro comparativo anche fra diversi gruppi provenienti da aree geografiche differenti.

Tassi di Natimortalità, nei Nati a Roma per Area di Nascita della Madre (1982-1995)

	NATI MORTALITÀ			*MORTALITÀ NEONATALE*			*MORTALITÀ POST-NEON.*		
Area nascita madre	*82-86*	*87-91*	*92-95*	*82-86*	*87-91*	*92-95*	*82-86*	*87-91*	*92-95*
Europa Est	-	-	7,9	29,9	14,5	2,0	30,8	-	2,0
Nord Africa/M.O.	13,7	12,7	14,3	10,4	21,5	7,2	3,5	4,4	-
Africa centrale	9,1	6,8	8,6	12,3	20,4	13,0	3,1	2,3	8,8
Estremo Oriente	4,0	3,4	4,8	8,1	8,4	9,6	-	6,8	-
America Latina	10,9	-	13,9	33,0	6,5	14,0	-	6,5	2,8
Paesi occidentali	11,2	12,4	-	28,2	12,6	-	-	4,3	5,5
NOMADI	*16,6*	-	*6,5*	*16,9*	*12,0*	*15,3*	*12,9*	*2,4*	*4,4*
Lazio	5,6	4,6	3,5	8,8	5,6	4,4	1,4	1,0	1,3

fonte: Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio, 1998

Anche per quanto riguarda il peso alla nascita uno studio molto ampio ci viene dall'Ungheria (Joubert, 1991) dove i dati di 10.108 bambini zingari nati fra il 1973 ed il 1983 sono stati comparati con i dati nazionali di riferimento del 1978. Il 26,2% dei neonati zingari ha un peso alla nascita inferiore ai 2,5 Kg contro circa l'11% degli autoctoni non-Zingari.

Peso alla Nascita Secondo l'Età Gestazionale in un Campione di Bambini Nati in Ungheria dal 1973 al 1983

	Età gestazionale (sett.)				Totale	
	26 -36		37 -42			
Peso nascita (g)	Pop. gen. %	Zingari %	Pop. gen. %	Zingari %	Pop. gen. %	Zingari %
< 2500	7,28	16,32	3,70	9,88	10,98	26,20
> 2500	7,09	7,02	81,93	66,78	89,02	73,80
Totale	14,37	23,34	85,63	76,66		

fonte: Joubert, 1991

Tale differenza è significativa anche nelle nascite nel Lazio come evidenziano i dati del Sistema di Sorveglianza della Natalità e Mortalità Infantile locale.

Nati a Roma Non Residenti per Classi di Basso Peso, Area di Nascita della Madre (1982-1996)

	< 1500 gr.			1500-2499 gr.		
Area nascita madre	*82-86*	*87-91*	*92-96*	*82-86*	*87-91*	*92-96*
Europa Est	4,3	1,7	1,3	8,7	5,3	7,2
Nord Africa/M.O.	1,0	2,5	1,2	7,5	4,2	8,2
Africa centrale	3,3	2,0	2,0	9,7	6,7	7,5
Estremo Oriente	1,6	1,7	1,2	8,0	12,1	7,0
America Latina	3,2	2,6	2,1	4,3	3,2	5,4
Paesi Occidentali	2,8	1,2	0,5	7,2	8,3	3,9
NOMADI	*1,2*	*1,2*	*2,0*	*19,3*	*17,9*	*13,6*
Lazio	0,9	0,9	0,9	4,3	4,3	4,3

fonte: Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio, 1998

A questi si potrebbero aggiungere le innumerevoli segnalazioni provenienti dai reparti di ostetricia degli ospedali più utilizzati dalle donne zingare che evidenziano la frequenza sia dei parti pre-termine che del basso peso alla nascita dei bambini zingari; è interessante comunque segnalare che nessuno studio da noi revisionato invoca come causa di ciò fattori genetico-razziali, bensì le condizioni di vita, il cattivo stato di nutrizione delle madri ed il tabagismo.

Peso Neonatale in Figli di Stranieri Extracomunitari e Nomadi

Peso neonatale	*< 1500*	*1501-2500*	*2501-4000*	*> 4001*	
Controlli	1,2	5,7	88,0	5,1	%
Bimbi extracomunitari	1,9	7,8	84,2	6,1	%
NOMADI	*1,3*	*11,6*	*86,4*	*0,7*	%
Europa Est	3,1	7,5	83,0	6,4	%
Medio Oriente	1,4	4,2	84,5	9,9	%
Sub Cont. Indiano	2,9	12,4	82,4	2,3	%
Estremo Oriente	1,2	8,0	87,1	3,6	%
Africa Nord	1,3	6,8	82,9	9,0	%
Africa Sub Sahar.	1,2	8,3	85,8	4,6	%
America Latina	2,8	5,0	86,2	6,0	%

Studio Nazionale su 28 Punti Nascita di 24 Cittá Italiane (2.424 Nati, 6,1% Nomadi, Anni 1996 e 1997)

fonte: G. Bona et alii, dati preliminari, 1998

Morbilità

Come abbiamo già detto, è quasi impossibile presentare dati attendibili sulla morbilità della popolazione zingara, ma il problema non è esclusivamente di tipo quantitativo. Non solo è impossibile avere dati statisticamente significativi e confrontabili, ma si possono generare letture della stessa situazione diametralmente opposte. L'utilizzo, ad esempio, del Pronto Soccorso Pediatrico, a parità di dati raccolti in gran parte sovrapponibili, viene considerato con valutazioni discordanti: a volte denunciando una cattiva utilizzazione della struttura perché le richieste sono incongrue; altre volte invece si enfatizza una corretta utilizzazione in quanto le richieste sono seguite spesso da ricoveri perchè le condizioni osservate sono mediamente più gravi rispetto agli italiani.

Per quanto riguarda l'aspetto 'qualitativo', cioè le patologie più frequentemente osservate fra gli Zingari, c'è una completa concordanza nella letteratura disponibile, anche di diverse parti del mondo. Ciò permette di delimitare le aree di rischio sanitario, e perciò di lavoro futuro, senza grossi timori di sbagliare direzione. Non ci addentreremo in questo paragrafo nella rassegna dettagliata degli studi e ricerche disponibili, per i quali rimandiamo alla bibliografia ragionata; cercheremo invece di offrire un quadro sintetico dei problemi sanitari sofferti dalla popolazione zingara, avvalendoci delle ricerche, secondo la nostra opinione, più significative.

Morbilità della fascia pediatrica. Come abbiamo già accennato, i genitori zingari sono molto attenti alla salute dei loro bambini, così come in generale a tutto il loro benessere. Un indicatore di ciò è l'alto uso che viene fatto del ricovero ospedaliero per risolvere le patologie acute infantili: consci della situazione abitativa precaria nella quale si trovano, non appena il bambino dimostra un malessere consistente, a volte anche ai primi sintomi, ricercano l'aiuto medico che per loro si identifica quasi esclusivamente con il Pronto Soccorso, e sono favorevoli ai ricoveri che permettono al bambino di essere curato in modo intensivo e di trovarsi in un ambiente più igienico.
Di conseguenza i dati più completi sulla morbilità infantile si ricavano proprio dagli accessi alle Emergenze e dai ricoveri ospedalieri anche se devono sempre essere considerati per il loro valore specifico in quanto:
- rappresentano esclusivamente uno spaccato di problemi di salute, percepiti ed espressi dai Rom, e raccolti dagli operatori ospedalieri;
- in quanto tali non equivalgono alla morbilità della popolazione Rom;
- non possono essere trasferiti ed estesi a tutta la popolazione Rom.

Una ricerca molto interessante è stata quella svolta dal Naga, in collaborazione con il Settore Sanità della Regione Lombardia: si tratta di uno studio longitudinale prospettico che ha riguardato tutti i ricoveri di bambini rom effettuati in regime di degenza ordinaria nei reparti di pediatria di 12 ospedali dell'area milanese per il periodo tra aprile '94 e marzo '95. Sono stati coinvolti gli operatori ospedalieri che segnalavano ai ricercatori il ricovero di un bambino rom, non altrimenti registrato come tale né in cartella clinica né nei registri ospedalieri; entro pochi giorni dalla segnalazione l'intervistatore provvedeva alla raccolta dati recandosi direttamente in ospedale. Torneremo sui risultati di questa ricerca che offre molte indicazioni anche sull'uso dei servizi sanitari da parte degli Zingari; preliminarmente riportiamo alcune riflessioni sulle diagnosi di dimissione (Naga, 1996).
"Per i Rom le diagnosi sono più ripetitive tanto che le prime 10 diagnosi coprono il 60% dei ricoveri contro il 36% della media lombarda: questa differenza si mantiene anche confrontando i dati dentro uno stesso reparto e perciò controllando i fattori di confondimento legati al reparto di ricovero. Si nota inoltre che le 10 malattie che motivano il 60% dei ricoveri dei Rom provocano solo il 20% dei ricoveri pediatrici lombardi e solo 5 di queste malattie si ritrovano tra le 10 più frequenti diagnosi di dimissione della media lombarda. Un terzo dei ricoveri di questa ricerca ha visto come diagnosi principale alla dimissione tre malattie: bronchite acuta, infezioni intestinali e faringotonsillite che sul totale dei ricoveri pediatrici lombardi provocano solo l'8,3% dei ricoveri. Altre malattie: l'otite media, la malnutrizione proteico-calorica e l'impetigine, pur senza la rilevanza quantitativa delle prime tre, sono tra i Rom molto sovrarappresentate. In pratica le malattie su cui possono influire condizioni igienico abitative sfavorevoli provocano due ricoveri su tre (67,6%).

Un dato ci colpisce: i ricoveri per malattie traumatiche hanno un peso minore tra i Rom che tra i non-Rom. Pur non potendo confrontare i rispettivi tassi di incidenza, è probabile che i traumi, che riteniamo accadano più di frequente tra i piccoli Rom visto l'ambiente in cui vivono, vengano portati in ospedale solo oltre una soglia di gravità molto maggiore rispetto ai non-Rom".
Pahl (1986) comunque, nel suo studio su 264 Rom minori di 5 anni trova che l'11% ha avuto un trauma importante: soprattutto ferite e ustioni ma anche fratture e traumi cranici. In Italia negli ultimi 10 anni sono morti 33 bambini Rom (il più piccolo di 40 giorni, il più grande di 8 anni) bruciati vivi nelle roulottes o comunque a causa di incidenti domestici dovuti alle condizioni di estremo degrado in cui i sono costretti a vivere nei vari campi delle città.

Prime 10 Diagnosi di Dimissione. Confronto fra Pazienti Rom e Totale Ricoveri Regione Lombardia

	Totale Pazienti Rom della Ricerca 1994 - 1995		Regione Lombardia 1992
Prime 10 diagnosi pazienti Rom (su 262 diagnosi di dimissione)	*n° casi*	*% Tot. Ricoveri*	*% Tot. Ricoveri*
Bronchite acuta	40	15,3	2,1
Infezioni intestinali mal definite	29	11,1	3,3
Faringotonsillite acuta	19	7,3	2,9
Broncopolmonite N.A.S.	16	6,1	3,7
Otite media suppurativa e N.A.S.	15	5,7	1,4
Asma	11	4,2	2,4
Turbe funzionali dello stomaco	8	3,1	1,4
Trauma intracranico N.A.S.	8	3,1	3,2
Malnutrizione proteico calorica	6	2,3	0,1
Impetigine	6	2,3	0,1
Totale prime 10 cause	158	60,3	20,5

fonte: Naga, 1996

Prime 10 Diagnosi di Dimissione. Reparti di Pediatria Regione Lombardia 1992

Prime 10 diagnosi *(su 86.818 diagnosi di dimissione)*	*n° casi*	*% Tot. Ricoveri*
Leucemia linfoide	5.235	6,0
In osservazione per sospetta patologia	4.671	5,4
Broncopolmonite N.A.S.	3.171	3,7
Sintomi generali	3.081	3,5
Infezioni intestinali mal definite	2.878	3,3
Trauma intracranico N.A.S.	2.753	3,2
Anemie emolitiche ereditarie	2.538	2,9
Faringotonsillite acuta	2.492	2,9
Sintomi addome e bacino	2.286	2,6
Asma	2.054	2,4
Totale prime 10 cause	31.159	35,9

fonte: Naga, 1996

E' importante confrontare questi dati con i problemi più frequenti riscontrati in lavori di campo o di ambulatori del volontariato, dove si suppone vengano portati casi meno gravi, e dove può essere assicurata una presenza costante e perciò una continuità terapeutica.
Sempre dal Naga ci arrivano questi dati raccolti nelle visite a nove campi dell'area milanese con un ambulatorio mobile: nei bambini fra 0 e 14 anni i problemi più frequenti sono riferiti all'apparato respiratorio (28%) ed alla cute (20,5%) seguiti da quelli all'apparato digerente (9,6%) ed all'orecchio (9%). I controlli di bambini sani pesano per il 14,7% nei minori di 1 anno e per l'8,3% fra 1 e 14 anni; nel 3,8% dei casi vengono segnalati problemi metabolico-nutrizionali. Viene riportato anche un dato preoccupante ed in parte sorprendente: i bambini mai allattati al seno sono il 33%, quelli allattati per un periodo inferiore ai tre mesi il 54%.
Un'attività simile svolta in 25 campi dell'area nord di Parigi da equipes di Médicins du Monde Gennevilliers da gennaio a maggio del 1997 (documento non pubblicato) riporta come diagnosi più frequenti (minimo il 5%) infezioni acute ORL e respiratorie 47%, patologie della cute 11%, patologie dell'apparato digerente 10%.

la nostra esperienza

Durante il 1997, in 4 campi nomadi seguiti dalla Caritas di Roma, sono state effettuate 492 visite a 170 bambini (54,7% maschi), il 31% sotto l'anno di vita, il restante 69% fino ai 14 anni. 231 visite a bambini al di sotto dei 14 anni sono state effettuate presso un quinto campo in stretta collaborazione con una équipe della Azienda Sanitaria Locale.

I motivi delle 723 visite effettuate sono stati i seguenti: il 28,9% per malattie dell'apparato respiratorio (alte e basse vie), il 7,7% problemi otoiatrici, il 5,9% affezioni dell'apparato gastrointestinale, il 5,2% patologie della cute, il 15,3% per altri problemi (cardiopatie, traumi, carie, ...); infine 266 visite (il 36,8%) sono stati dei controlli in particolare per i neonati e ciò gratifica un impegno che, quando è iniziato alcuni anni fa, non riusciva ad intervenire se non sulla malattia acuta, senza poter agire a raggio più vasto mediante controlli di salute o interventi di prevenzione.
Per quanto riguarda l'allattamento, in un campo si è potuto rilevare il dato nel tempo e con una certa precisione: il 64% dei bambini (42 rilevazioni valide) è stato allattato per almeno un mese e di questi il 42,3% per sei mesi; il 14,3% non è stato mai allattato al seno; complessivamente 7 bambini sui 21 con più di un anno visitati, sono stati allattati fino od oltre i 12 mesi (28,6%). Una sensazione che i nostri operatori riportano è che con le nuove generazioni di madri zingare ci sia un progressivo precoce allattamento artificiale dei bambini (non in tutti i campi o meglio non in tutti i gruppi zingari).
Le ragioni di ciò non sono ben note: le madri si giustificano sempre dichiarando che hanno poco latte, e forse in parte è vero viste le loro precarie condizioni di salute in rapporto all'ambiente di vita, o forse la necessità di allontanarsi da casa per lavorare, lasciando il piccolo con altri adulti, le costringe a ricorrere molto presto al latte artificiale (Naga, 1996).

Morbilità fra gli adulti. Ha fatto storia uno studio condotto a Boston nel 1985, da James D.Thomas (1985) che riporta le seguenti percentuali di frequenza di malattie riscontrate fra la popolazione zingara adulta: ipertensione arteriosa 73%, diabete 46%, patologie cardiovascolari 39%, ipercolesterolemia o ipertrigliceridemia 92%. Queste percentuali sono state criticate, anche perché raccolte fra i membri di una stessa famiglia allargata, ma vari studiosi della salute fra gli Zingari sono concordi rispetto alla reale alta prevalenza di patologie croniche con rilevanti fattori di rischio per eventi cardio e cerebro-vascolari.
Merita un accenno il problema dell'ipertensione arteriosa che, soprattutto in alcuni gruppi come i Lovara, ha una prevalenza estremamente elevata: sono delle eccezioni gli adulti che non ne sono affetti. All'origine di questa situazione viene invocata la concentrazione in questi soggetti praticamente di tutti i fattori di rischio: obesità, fumo, consumo di alcolici, di caffè e di sale.

la nostra esperienza

Nel nostro studio presso la popolazione di uno dei campi seguiti, misurando la Pressione Arteriosa per tre volte, random, ai maggiori di 18 anni, è risultata una prevalenza di ipertensione del 13%; il dato interessante, però, è stato che non abbiamo identificato nessun caso di ipertensione misconosciuto: tutti gli ipertesi erano già in trattamento, anche se quasi sempre con alcuni problemi rispetto alla compliance (adesione nel tempo ad un regime terapeutico). Evidentemente l'ipertensione è un problema conosciuto e portato all'attenzione dei sanitari, ma per il suo controllo ci si scontra con l'atteggiamento degli Zingari che in generale preferiscono prendere le medicine prescritte piuttosto che cambiare stile di vita.

Nonostante l'alcol sia consumato liberamente nella società zingara, è inusuale rilevare malattie relazionate all'abuso dell'alcol, ed il vero alcolismo è raro. Ugualmente raro l'uso delle droghe illecite.

Altri dati interessanti ci vengono forniti da vari *lavori di campo*.
Ambulatorio Mobile del Naga (Naga, 1996): fra i maschi giovani-adulti (15-44 anni) le patologie cardio-circolatorie rappresentano il 22,2% dei problemi, seguite dalle patologie cutanee e da quelle a carico dell'apparato digerente. Le patologie traumatiche costituiscono l'8,9% dei problemi.

Tipologia dei Problemi Presentati per Classi di Età (1994-1995)

AMBULATORIO MOBILE DEL NAGA

	0-14 anni			**15-44 anni**			**≥ 45 anni**	**totale m+f**	
	39,5% delle diagnosi			*40,0 % delle diagnosi*			*20,5% delle diagnosi*		
problema	*% < 1*	*% 1-14*	*% tot.*	*% M*	*% F*	*% M+F*	*% M+F*	*N*	*%*
generale	2,9	3,8	*3,6*	0,0	3,3	*2,4*	*1,1*	11	*2,6*
ematologico	0,0	1,5	*1,2*	0,0	8,9	*6,5*	*1,1*	14	*3,3*
app. digerente	11,8	9,1	*9,6*	13,3	15,4	*14,9*	*17,7*	56	*13,3*
oculistico	2,9	0,8	*1,2*	2,2	0,0	*0,6*	*0,0*	3	*0,7*
otoiatrico	11,8	8,3	*9,0*	2,2	0,8	*1,2*	*0,0*	17	*4,0*
cardio-circolat.	0,0	1,5	*1,2*	22,2	10,6	*13,7*	*39,5*	59	*14,0*
osteo-muscolare	0,0	0,8	*0,6*	2,2	5,7	*4,8*	*12,8*	20	*4,8*
neurologico	0,0	2,3	*1,8*	8,9	6,5	*7,1*	*5,8*	20	*4,8*
psicologico	0,0	3,8	*3,0*	6,7	2,4	*3,6*	*1,1*	12	*2,9*
respiratorio	38,2	28,0	*30,1*	6,7	9,8	*8,9*	*2,3*	67	*16,0*
cutaneo	17,6	20,5	*19,9*	17,8	5,7	*8,9*	*4,7*	52	*12,4*
endocrino-met.	0,0	3,8	*3,0*	6,7	2,4	*3,6*	*0,0*	11	*2,6*
urologico	0,0	1,5	*1,2*	0,0	2,4	*1,8*	*3,5*	8	*1,9*
ostetrico	-	0,0	*0,0*	-	10,6	*7,7*	*0,0*	13	*3,1*
app. genitale	-	-	*0,0*	0,0	7,3	*5,4*	*4,7*	13	*3,1*
sociale	0,0	2,3	*1,8*	0,0	2,4	*1,8*	*3,5*	9	*2,1*
traumatico	0,0	3,8	*3,0*	8,9	1,6	*3,6*	*1,2*	12	*2,9*
neoplastico	0,0	0,0	*0,0*	0,0	0,8	*0,6*	*0,0*	1	*0,2*
controlli	14,8	12,8	*9,8*	2,2	3,4	*2,9*	*1,0*	22	*5,3*
Totale	100,0	100,0	*100,0*	100,0	100,0	*100,0*	*100,0*	420	*100,0*

fonte: elaborazione Caritas Roma su dati Naga Milano, 1998

L'analisi dei *cluster* (raggruppamenti omogenei per criteri stabiliti) pone l'ipertensione arteriosa come il problema più frequentemente segnalato (17,8%), seguito dai disturbi gastro-duodenali. Fra le donne in età fertile (14-44 anni) i problemi più frequentemente segnalati sono a carico dell'apparato digerente. I problemi ostetrici sono al secondo posto a pari merito

con i problemi cardio-circolatori. Questo dato stupisce considerando l'alto numero di gravidanze fra le donne rom e conferma il loro atteggiamento che considera la gravidanza un evento fisiologico da non medicalizzare. Va comunque considerato che potrebbe giocare un ruolo rilevante il vissuto di pudore-vergogna per tutto ciò che riguarda la sessualità e la maternità soprattutto se il medico è giovane e di sesso maschile. La precarietà delle condizioni di salute delle donne è però messa in evidenza dall'analisi per cluster che pone al secondo posto per frequenza l'anemia ed al quinto l'ipertensione arteriosa. Fra gli adulti di età superiore ai 44 anni, come previsto, aumenta ancora di più la rilevanza dei problemi cardiovascolari che l'analisi per cluster mostra essere quasi esclusivamente costituiti dall'ipertensione arteriosa (solo cinque visite sono motivate da altre patologie cardiovascolari). Cospicuo il numero di malattie dell'apparato digerente, quasi tutte causate da dispepsia-ulcera peptica e malattie osteo-artro-muscolari, per lo più di tipo degenerativo. La cefalea è presente con una certa rilevanza in questo come negli altri gruppi di adulti. L'équipe del Naga conclude osservando che questi dati dimostrano quanto da tempo gli stessi operatori affermano e quanto riportato anche in letteratura: i Rom sono affetti da comuni patologie che, soprattutto nel caso dei bambini, dipendono in gran parte dalle precarie condizioni abitative.

Principali Diagnosi (Min 5%) fra 15 e 68 Anni

Clinica Mobile di Médicins du Monde Gennevilliers

Donne fra 15 e 68 anni		Uomini fra 15 e 65 anni	
Pat. ostetrico-ginecologiche	23%	Pat. della cute	22%
Infezioni acute ORL e respiratorie	15%	Pat. cardiocircolatorie	14%
Cefalee-emicranie	14%	Infezioni acute ORL e respiratorie	12%
Problemi psichici	10%	Pat. apparato digerente	10%
Pat. dei denti	9%	Pat. croniche app. respiratorio	9%
Pat. cardiocircolatorie	7%	Pat. osteo-articolari	6%
Pat.apparato digerente	6%	Problemi psichici	5%
		Pat. traumatiche	5%

fonte: Clinica Mobile di Médicins du Monde Gennevilliers: (documento non pubblicato), 1997

la nostra esperienza

Nel periodo settembre '97 - giugno '98 sono stati visitati presso il Centro Medico Mobile della Caritas di Roma 287 pazienti. Nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 45 anni, gli uomini sono stati 88 e le donne 135; mentre sopra i 45 anni gli uomini sono stati 20 e le donne 44. Tra i maschi giovani adulti i problemi più frequentemente riscontrati

risultano essere a carico degli apparati respiratorio, digerente e osteo-articolare. Tra le donne in età fertile il primo motivo di richiesta di visita riguarda l'ambito ostetrico-ginecologico; a seguire, i problemi dell'apparato digerente e respiratorio. Sopra i 45 anni d'età, sia per gli uomini che per le donne, i principali motivi di consultazione medica sono costituiti da problemi osteo-articolari, problemi respiratori e cardio-circolatori. L'alto numero di controlli sul numero totale di visite effettuate rivela come il CMM sia comunque considerato un punto di riferimento per la comunità Rom e depone per un tipo di rapporto stabile e continuativo con la popolazione utente.

la nostra esperienza

Colpisce il fatto, nel confronto con la statistica del Naga, che anche in questa venga poco segnalata la presenza di problemi cronici all'apparato respiratorio. La nostra esperienza nel lavoro di campo è che soprattutto nei maggiori di 45 anni problemi di bronchite cronica o insufficienza respiratoria sono così comuni da essere considerati varianti della normalità: è molto rara la richiesta di aiuto medico per questo tipo di disturbi.

Uno studio sulla funzione respiratoria degli Zingari, condotto in Grecia, Università di Thessaly, da Fotiadou et alii (dati non pubblicati), eseguendo la spirometria su 104 individui ha evidenziato che il 30% della popolazione esaminata era sotto i limiti normali. Gli autori attribuiscono questo risultato all'abitudine del fumo, ma sicuramente possono essere chiamate in causa anche le condizioni abitative e le conseguenze delle numerose infezioni respiratorie acute.

Stato di nutrizione. Da molti è stata osservata una certa frequenza di malnutrizione e rallentamenti della crescita nei bambini e viene segnalata l'obesità negli adulti.

la nostra esperienza

A questo proposito riportiamo i risultati di una nostra ricerca sullo stato di nutrizione di tutta la popolazione di uno dei campi da noi seguiti, svolta fra gennaio 1997 e marzo 1998. Pur con la limitatezza di uno studio su piccola scala, (0-14 anni 83 individui, 15-82 anni 82 individui) i risultati osservati sono indubbiamente interessanti. La denutrizione è assente nei bambini fra 0 e 1 anno, mentre fra 2 e 5 anni si ha una percentuale preoccupante, pari al 30%; poi si osserva un trend di diminuzione statisticamente significativo fino all'assenza di denutrizione all'età di 15 anni. La denutrizione è risultata essere sempre di tipo acuto. L'obesità è assente nella fascia fra 0 e 14 anni.
Nella fascia di età adulta abbiamo trovato assenza sia di denutrizione che di obesità fra 15 e 18 anni, si ha poi un trend in aumento sia per la denu-

Tipologia dei Problemi Presentati per Classi di Età e Genere (1997)

CENTRO MEDICO MOBILE DELLA CARITAS

diagnosi	15 - 45 anni						≥ 45 anni*						TOTALE	
	maschi		*femmine*		*totale*		*maschi*		*femmine*		*totale*			
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
pat. cardio-circolatoria	8	3,4	16	3,7	24	3,6	9	5,0	18	6,5	27	5,9	51	4,5
pat. cutanea	9	3,8	7	1,6	16	2,4	1	0,6	1	0,4	2	0,4	18	1,6
pat. digerente	24	10,3	41	9,5	65	9,7	7	3,9	17	6,1	24	5,2	89	7,9
pat. endocrina	3	1,3	6	1,4	9	1,3	4	2,2	2	0,7	6	1,3	15	1,3
pat. ginecologica			34	7,9	34	5,1			1	0,4	1	0,2	35	3,1
pat. infettiva	10	4,3	9	2,1	19	2,8	1	0,6	2	0,7	3	0,7	22	2,0
pat. congenita	0	0	1	0,2	1	0,1	0	0	0	0	0	0	1	0,1
pat. neurosensoriale**	18	7,7	39	9,0	57	8,5	4	2,2	16	5,7	20	4,4	77	6,8
pat. osteo-articolare	14	6,0	21	4,8	35	5,2	15	8,3	35	12,5	50	10,9	85	7,5
ostetricia			50	11,5	50	7,5			0	0	0	0	50	4,4
pat. psichica	7	3,0	7	1,6	14	2,1	5	2,8	4	1,4	9	2,0	23	2,0
pat. respiratoria	27	11,5	34	7,9	61	9,1	12	6,7	30	10,8	42	9,2	103	9,1
pat. ematologica	0	0	0	0	0	0	0	0,0	2	0,7	2	0,4	2	0,2
pat. traumatica	12	5,1	12	2,8	24	3,6	1	0,6	7	2,5	8	1,7	32	2,8
pat. urologica	4	1,7	11	2,5	15	2,2	1	0,6	4	1,4	5	1,1	20	1,8
tumori	1	0,4	6	1,4	7	1,0	0	0	0	0	0	0	7	0,6
rilascio certificati	11	4,7	3	0,7	14	2,1	2	1,1	0	0	2	0,4	16	1,4
ferite in guerra	2	0,9	0	0	2	0,3	0	0	0	0	0	0	2	0,2
attesa diagnosi	15	6,4	18	4,2	33	4,9	2	1,1	7	2,5	9	2,0	42	3,7
controllo	69	29,5	118	27,3	187	28,0	116	64,4	133	47,7	249	54,2	436	38,7
totale	234	100	433	100	667	100	180	100	279	100	459	100	1126	100

* l'età massima registrata è 88 anni;
** la categoria include patologie otoiatriche, neurologiche ed oculistiche.

fonte: Area Sanitaria Caritas Roma, 1998

trizione che per l'obesità, fino ad arrivare al 26,3% di denutrizione ed al 15,8% di obesità nel gruppo maggiore di 46 anni. I valori di sovrappeso ed obesità osservati nell'età adulta si mantengono comunque sempre al di sotto della media della popolazione italiana.

Si possono perciò identificare due gruppi a rischio per la denutrizione: i bambini fra 2 e 5 anni e gli adulti/anziani al di sopra dei 46 anni. La denutrizione nei bambini ben si concilia con le loro condizioni di vita, con le numerose infezioni intercorrenti, con le abitudini alimentari per le quali mangiano a richiesta il tipo di cibo che desiderano ed esiste scarso controllo materno sulla qualità nutritiva degli alimenti. Il depauperamento nutritivo peraltro non raggiunge mai livelli tali da determinare una denutrizione cronica; infatti, vivendo immersi in una società opulenta, e acquistando con l'età maggiore coscienza dei loro bisogni nutritivi, i ragazzi hanno a disposizione sufficienti alimenti per recuperare il peso sino ad arrivare ad una perfetta rispondenza alle medie internazionali nella giovinezza. Questo dato sfata anche i possibili dubbi sui fattori razziali come causa del frequente basso peso alla nascita.
Per gli anziani si possono solo formulare ipotesi sull'evidente squilibrio nello stato di nutrizione, sia verso la denutrizione che verso l'obesità. Anche se i dati sono troppo esigui per ricevere conferme statistiche, essi sembrano suggerire più marcato squilibrio fra gli uomini, al contrario di ciò che ci si aspetterebbe. Sicuramente un ruolo hanno le frequenti patologie metaboliche e probabilmente quelle a carico del fegato; l'esperienza di campo ci porta a considerare anche i problemi psichici, fra cui la depressione, frequente fra gli uomini, con conseguente rapporto alterato con il cibo.

Patologia dento-paradontale. Un'indagine condotta da E. Robbino Massa et alii (1988) dell'Università di Torino su 76 bambini zingari fra 4 e 14 anni nelle scuole, dà come risultato che l'incidenza della patologia dento-paradontale non si discosta da quella osservata in altri campioni di popolazione della stessa fascia di età; questo dato contrasta con la consuetudine alla scarsa igiene orale praticata dai soggetti in esame. L'osservazione che solamente 6 individui erano stati sottoposti a cure conservative (presso strutture pubbliche) dimostra che queste popolazioni mostrano scarsa attenzione e motivazione a questo aspetto ma anche la scarsa accessibilità delle strutture sanitarie. A questo proposito ci sembra pertinente quanto riportato da Derek Howes (1997): "Il fatto che in Cornovaglia la maggior parte dei bambini nomadi all'età di 10 anni abbia perso tutti i denti o quasi è definito dai medici locali il risultato di una 'negligenza quasi criminale' da parte dei genitori. Ma d'altra parte, la privatizzazione della pratica dentistica in questa contea è totale, con un solo servizio dentistico pubblico, con poco personale e poco accessibile, per rispondere ai bisogni di tutta la popolazione povera. Si può ribattere che il rimprovero debba essere equamente diviso ..."
Pahl (1986) trova che 40% delle donne rom intervistate non era mai andata dal dentista negli ultimi 5 anni (media nazionale inglese: 26%).

la nostra esperienza

Presso il Centro Odontoiatrico della Caritas di Roma, struttura con servizio gratuito per coloro che non possono o non riescono ad accedere al SSN (motivi legali, amministrativi, economici), si è osservato un progressivo e costante aumento dell'utenza zingara proveniente anche da campi molto lontani dalla struttura; gli Zingari hanno accettato spesso le lunghe attese per avere un appuntamento o al momento della visita. Negli ultimi due anni (1996 e 1997) oltre l'11,5% della nuova utenza (249 su 2.160 nuovi pazienti), sono Zingari, provenienti da 22 campi diversi (ma anche da 3 agglomerati urbani di case popolari destinate agli inizi degli anni '80 agli Zingari) e quindi appartenenti a famiglie diverse.

Di 183 pazienti giunti al Centro da gennaio 1996 a luglio 1998 si possiedono dati completi: il 57,4% sono donne, mentre i bambini sotto i 12 anni sono il 25,8%. Provengono da 6 nazioni (quelle della ex Yugoslavia più la Romania) ma 57 (31,1%) sono Zingari italiani.

Sono state effettuate complessivamente 695 visite e 10 interventi di Pronto Soccorso. Poiché 68 di loro si sono recati al Centro una sola volta, la media per gli altri è di 6 visite/paziente.

Sul totale del campione esaminato è possibile rilevare che sono state proposte terapie estrattive a 127 pazienti (69,4%), terapie conservative a 118 (64,5%), mentre per 16 pazienti (8,7%) è stato necessario un intervento protesico. Sono comunque tutte terapie a breve termine. Se consideriamo gli adulti al di sopra dei 19 anni (96 pazienti), è possibile rilevare in media che i denti estratti sono 2,8; una vasta indagine su scala nazionale su individui italiani rileva la media di 0,65. Infine la maggioranza del campione esaminato non ha proseguito le cure proposte ma si è limitato a sottoporsi alle sole estrazioni.

Tubercolosi. La popolazione nomade, per le condizioni igienico-ambientali in cui vive e per le particolari abitudini di vita, sembrerebbe costituire un gruppo ad alto rischio per la patologia tubercolare (Tb). In realtà non sono, a tutt'oggi, a noi noti studi epidemiologici sulla tubercolosi nelle popolazioni nomadi.

la nostra esperienza

Nel 1996 abbiamo svolto uno screening sulla Tb in un campo di Roma, applicando il Tine-test a 153 individui. Dalla nostra analisi, pur con il limite di un ridotto campione numerico, l'unico fattore di rischio evidenziato é risultato essere l'età dei soggetti, strettamente correlata al rischio di esposizione al bacillo di Koch, come d'altronde avviene di norma nella popolazione generale; né il numero dei conviventi o l'ordine di nascita nella famiglia sono variabili associate ad un esito del tine-test positivo: ciò ridimensiona pertanto un'opinione comunemente accettata.

L'età del soggetto é un fattore di notevole rilievo; infatti l'aumento dell'età é significativamente associato ad un notevole incremento del rischio

di avere un tine-test positivo. Ciò é particolarmente vero nei soggetti tra 26 e 55 anni (Odds ratio=10,2) ed in quelli con età maggiore di 55 anni (Odds ratio=35,5). Inoltre l'essere nato in una nazione diversa da quella italiana, ed in particolare in una città diversa da Roma, sembrerebbe rappresentare un fattore di rischio di pregresso contatto con il bacillo di Koch. Ciò potrebbe essere spiegato considerando che il nostro gruppo é stanziale in Italia da circa 15 anni per cui i soggetti a maggior rischio di pregressa esposizione al micobatterio sono quelli più anziani, i quali, per la maggior parte, sono nati all'estero.

Altre malattie infettive. Dalla revisione della letteratura scientifica degli ultimi anni risulta che lo studio sulla diffusione delle malattie infettive tra i Rom suscita molto interesse tra i ricercatori (spagnoli ed italiani) ma con dati ancora scarsi per quantità ed ampiezza; in particolare segnaliamo:
- Epatite A: in uno studio su un campione di pazienti ricoverati in pediatria per cause varie (Morales, 1992), sono stati esaminati 51 bimbi rom minori di 14 anni.
E' risultata positiva la ricerca di anticorpi anti epatite A nel 63% delle famiglie rom (veniva incluso nello studio solo un bimbo per ogni famiglia), in confronto con il 46% dei bimbi gagé che vivono in orfanotrofio e con il 23% dei bimbi gagé di classe sociale medio-bassa.
Le cause della maggiore prevalenza dell'epatite A tra i Rom sono la l'affollamento e le carenti condizioni igieniche dell'abitazione.
Anche Feder cita dati non pubblicati in cui si è trovata elevata incidenza di epatite A tra 109 Rom inglesi.
- Epatite B: sono soprattutto gli studiosi spagnoli che hanno approfondito tale malattia tra gli Zingari. Corretger afferma genericamente che tra i Rom c'è elevata prevalenza di epatite; Autunez-Galvez, in uno studio sierologico tra bambini in età scolare, trova tra i Rom maggiore prevalenza di infezione da HBV: il contagio avverrebbe per via materno-fetale.
Cruz e Delgado-Sanchez rivedendo la casistica di molte gravide segnalano tra le donne rom una maggiore prevalenza di anticorpi anti HBV. Gli autori concludono proponendo lo screening a tappeto per epatite B nelle gravide (!!!).

la nostra esperienza

Nostre ricerche con esami sierologici svolti nell'ambito dei lavori di campo (Bovo et alii, 1990) hanno evidenziato, seppur con casistiche esigue:
- più alta probabilità di contatti con gli agenti virali del complesso Cytomegalovirus ed Herpes 2: positività dei titoli anticorpali per Herpes virus 2 del 94% e per Citomegalovirus del 91%;
- per il complesso rubeo toxoplasma è stata riscontrata una incidenza di immunizazione paragonabile a quella italiana, acquisita tramite infezione naturale ed in una età più bassa rispetto ai non Zingari.

- negatività per la lue e l'HIV.

Consanguineità. Nella ricerca da noi svolta su Medline, anni 1990-95, relativamente a 55 articoli concernenti la salute degli Zingari, ben 14 si riferivano a studi di patologie su base genetica. Se pure da un punto di vista di salute pubblica possa essere discutibile la priorità che tali patologie rivestono, certamente esiste fra gli Zingari una consuetudine a matrimoni fra consanguinei, insita nella struttura sociale caratterizzata dalla separazione dai non-Zingari e peggiorata dalla sedentarizzazione forzata a cui sono soggetti oggi più che nel passato: il fatto potrà nel tempo porre dei problemi.

In Irlanda è stato riscontrato un alto numero di matrimoni fra consanguinei (39% fra primi cugini) ed un più alto livello di anomalie congenite rispetto ai non-Zingari; in Ungheria si è calcolato che la probabilità di coppie di cugini di primo grado è 16 volte più alta che nella popolazione generale; in Cecoslovacchia è stata segnalata una maggiore frequenza, rispetto agli autoctoni non Zingari, di ritardo mentale, dovuto per il 31,1% a cause genetiche.

Anche se i numerosi matrimoni fra consanguinei non sembrano, in generale, aver avuto un effetto di malattia nella discendenza, a giudicare dall'intelligenza normale e dalla buona salute fisica della maggior parte dei viaggianti, i casi esistenti di malattie genetiche devono servire a non incoraggiare matrimoni fra consanguinei.

la nostra esperienza

Anche noi, nel nostro piccolo, in un campo di Roma, su una popolazione media di 200 persone, abbiamo osservato due casi di gangliosidosi ed uno di glicogenosi VI, oltre a due ragazze handicappate. Abbiamo inoltre notato come l'handicap venga considerato quasi una variante della normalità, con una completa integrazione dei piccoli con minorazioni fisiche o mentali, quasi a dimostrare la consuetudine con queste patologie.

Morbilità delle donne. Lavorando nei campi-sosta ben presto si nota la situazione di svantaggio in cui versano le donne: abbiamo già descritto il loro ruolo ed i compiti che svolgono; tutto ciò sembra ripercuotersi sul loro stato di salute che appare veramente precario.
La donna zingara è letteralmente depauperata dalle ripetute gravidanze e dall'allattamento e a nulla vale il consiglio di una più ricca e varia alimentazione. Molte donne soffrono di una forma di inappetenza cronica ed acuta veramente patologica. Nel loro caso non si può parlare di una forma di anoressia perché non è accompagnata da amenorrea e da vomito procurato.

Certo è che le donne manifestano, a volte, rifiuto sistematico del nutrimento, accompagnato dal disgusto per il cibo. Il problema è certamente psichico. La interpretazione di Monfredini (1994) è che le donne zingare sono letteralmente cibo per i numerosi figli e puro oggetto sessuale per il marito. Forse con il rifiuto del cibo esprimono il rifiuto della loro stessa materialità, del loro essere per gli altri in quanto corpo. Questa inappetenza cronica è accompagnata sempre da tabagismo, da abuso di caffè e spesso da alcolismo cronico strisciante. Perdono precocemente i denti, spesso sono ipotese, lamentano continue cefalee e debolezza diffusa, e presentano segni clinici di anemia. Nonostante questo, assolvono regolarmente i loro compiti e non sono aiutate, se non in caso di febbre alta.

la nostra esperienza

Ci ha stupito, nell'analisi dei nostri dati sullo stato di nutrizione realizzata in uno dei campi di Roma, non trovare una significativa percentuale di giovani donne denutrite anche se il riscontro clinico è, comunque, di un depauperamento fisico generalizzato.

D'altra parte concordiamo con l'osservazione di Acton e collaboratori (1997) per i quali è sbagliato suggerire che la cultura zingara sia per sé oppressiva verso le donne, anche se esse subiscono certamente gli svantaggi generali delle donne dei paesi dove il conflitto uomo-donna assume caratteri culturali.
Pur rimanendo molto alta la parità, soprattutto in età giovane si ricorre con maggiore frequenza rispetto al passato all'aborto.

la nostra esperienza

Dalle informazioni confidenziali raccolte nel lavoro di campo è possibile supporre che, non infrequentemente, l'aborto venga praticato 'in silenzio' e, spesso, ad insaputa del partner. Sembra però preferito il ricorso alla struttura ospedaliera, mascherata sottoforma di ricovero per altre patologie. Inoltre alcune osservazioni relative a comportamenti autolesivi durante gli ultimi mesi della gravidanza (sforzi fisici violenti ed apparentemente non necessari, assunzione di bevande o cibi particolari) fanno pensare a tentativi di aborto autoindotto che risulterà però statisticamente 'invisibile' in quanto classificato come morte intrauterina del feto. Queste rilevazioni lasciano intuire come il tema sia particolarmente grave per il vissuto sofferto 'in silenzio' dalle donne rom. Uno studio più approfondito attuato da un gruppo di volontari della Caritas in un campo di Roma ha portato alla formulazione di un progetto 'ad hoc' denominato Petulengro attualmente in atto. Riportiamo tale progetto in appendice.

La pratica dell'aborto sembra essere più frequente fra le Zingare di recente immigrazione dall'Est, perché nei paesi da cui provengono l'aborto e la steri-

lizzazione erano favoriti. Tra i casi osservati sono inclusi quelli di donne rom costrette alla prostituzione, severamente condannata dagli Zingari italiani e da coloro che sono presenti in Italia da più anni. Incominciano ora i primi sintomi di una presa di coscienza delle donne del proprio corpo ed una richiesta di pianificazione familiare, soprattutto fra le giovani e fra le coppie di Zingari italiani, per dilazionare le nascite, ma mai per bloccarle, in quanto la maternità continua ad avere una forte valenza. Quando accade, la richiesta di pianificazione familiare è presentata da marito e moglie insieme, il che è un fatto straordinariamente nuovo (Karpati, 1996).

Nati a Roma Non Residenti per Parità, (1982-1996)

	PARITÀ								
	2			*3*			*≥ 4*		
Area di nascita madre	*82-86*	*87-91*	*92-96*	*82-86*	*87-91*	*92-96*	*82-86*	*87-91*	*92-96*
Europa Est	10,1	8,7	8,8	8,7	3,1	1,8	5,8	3,9	1,1
Nord Africa / M.O.	12,6	13,5	14,7	10,2	7,2	3,5	11,6	12,2	8,8
Africa centrale	14,8	12,6	12,2	7,0	8,1	7,8	11,5	10,8	6,3
Estremo Oriente	7,6	7,7	7,5	4,4	3,0	2,0	1,6	2,7	2,3
America Latina	8,6	12,9	10,6	9,7	5,8	3,8	4,3	7,1	3,5
Paesi Occidentali	12,7	8,7	10,7	2,2	3,3	2,4	1,7	3,7	2,9
NOMADI	17,3	17,2	15,6	10,0	12,9	14,4	24,9	23,4	21,9
Lazio	9,3	9,6	8,7	2,1	1,9	1,6	1,0	0,8	0,6

fonte: Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio, 1998

Patologia della sedentarizzazione/Problemi psichici. J.C. Giuraud afferma, a proposito delle cosiddette patologie tipiche degli Zingari, che sono le regole imposte dalla società maggioritaria, a non permettere più loro di spostarsi liberamente a costringere le persone a vivere in spazi assolutamente inadeguati (gli stessi campi sosta comunali), a favorire le patologie cosiddette da ‘stress’ (ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, abuso di psicofarmaci), per non parlare o di quelle dovute alla scarsa igiene ed alle condizioni abitative inadeguate (patologie dermatologiche, infezioni respiratorie e gastroenteriche), o di quelle dovute al ‘rifiuto’ da parte della società ospitante, o infine quelle dovute alla sedentarizzazione (alcolismo, consanguineità, perdita di identità e di coesione del gruppo) (Naga, 1995).

Mancando dati storici sullo stato di salute degli Zingari, si possono solo fare supposizioni su un peggioramento della loro salute dovuto alla sedentarizzazione forzata, ma certamente sono sempre più evidenti i segni della ghettizzazione per quanto riguarda il loro stato psichico. Esiste un prevalente atteggiamento di sfiducia nelle proprie possibilità di cambiare lo stato delle cose, comune a tutti gli Zingari, che si traduce e si esprime in forma di depressio-

ne somatizzata, di aggressività diffusa e, soprattutto, di autoaggressività individuale e di gruppo. Frequenti sono anche le forme psicotiche, soprattutto schizoidi.

la nostra esperienza

Ci ha preoccupato individuare in un campo, su una popolazione di 200 persone, ben 5 casi di sindromi dissociative gravi, tutte in trattamento con psicofarmaci, provenienti da cinque differenti famiglie.

Anche quando le famiglie zingare vengono alloggiate in abitazioni convenzionali si sono notati degli effetti negativi per la salute: le relazioni con la famiglia allargata sono molto più difficili, i vicini sono ostili, manca l'abitudine a vivere in un appartamento: tutto ciò può rappresentare una causa di peggioramento della salute. Per esempio nell'area di Bristol a due anni dall'insediamento di 20 famiglie in appartamenti si è visto che la frequenza scolastica dei bambini non è migliorata e che questi sono diventati isolati e depressi; inoltre è venuto a cadere il supporto degli assistenti sanitari, che li visitavano regolarmente quando vivevano nei campi (Hawes, 1997).
I giovani sembrano essere i più colpiti da questa situazione: il minore è un soggetto che vive all'interno di una struttura sociale indebolita, nella quale non trova più un punto valido di riferimento per costruire la sua identità sociale; si rivolge quindi al mondo esterno, con il quale ha molti contatti, e ne assimila ed accetta alcuni modelli. Si riproduce la classica situazione che accompagna ogni fenomeno di immigrazione, quando si perdono i punti di riferimento e le regole del luogo di provenienza senza avere ancora acquisito le regole del nuovo gruppo. Ecco allora che il minore rischia di divenire un autoemarginato nella propria società, continuando peraltro a rimanere un emarginato nella società esterna, poiché non ancora in grado di inserirsi in essa: si creano fenomeni di 'anomia sociale', che diventano terreno fertile per l'emergere di un nuovo tipo di delinquenza minorile (Zaccherini, 1994).
Ancor più preoccupante è il quadro offerto da uno studio realizzato in Ungheria (Zonda et alii, 1990): i dati si riferiscono ai suicidi o tentativi di suicidio della popolazione di tre regioni fra il 1970 ed il 1980. La popolazione media di questi tre distretti era di 97.000 di cui 7.000 Zingari. Delle 207 persone che si sono suicidate solo 5 erano Zingari (7,1 per 100.000 contro 22,4 per 100.000 dei non-Zingari); dei 583 tentativi di suicidio 100 erano Zingari (143 per 100.000 contro il 54 dei non Zingari). Gli Zingari che tentavano il suicidio erano più giovani dei i non-Zingari, meno integrati culturalmente, più spesso ritardati e con un lavoro non specializzato. Gli autori ipotizzano l'uso del tentativo di suicidio da parte dei giovani Zingari come strategia per risolvere i problemi: sperimentando un senso di isolamento dalla cultura dominante ed in conflitto con i genitori, ricorrono a

questo atto per manifestare il loro disagio.

Quali sistemi di cura?

Noi siamo sicuri che voi siete buoni medici, ma la gente non ha fiducia negli Zingari, ha un sacco di pregiudizi e questo interferisce con la cura per noi.

nonna di una bambina Rom ricoverata in ospedale

A fronte di un precario stato di salute gli Zingari sembrano non curarsi.
In realtà, nella maggior parte dei casi non sono nelle condizioni di poter soddisfare i loro bisogni sanitari; di nuovo le ragioni di questa situazione sono complesse ma possiamo raggrupparle per aree:
- le loro caratteristiche culturali soprattutto per quanto riguarda l'atteggiamento verso la salute-malattia;
- l'accessibilità al SSN è per loro molto bassa;
- nel SSN non esiste una corretta presa in carico del loro problema (Naga, 1995).

Caratteristiche culturali

Del sistema medico degli Zingari abbiamo già parlato. Cerchiamo ora di capire quanto ciò influenzi la cura delle malattie e l'incontro con il sistema medico ufficiale.
Per quanto riguarda la cura della malattia cronica ci sembra di poter affermare che per un Rom un farmaco che non guarisce ma permette di stare realmente meglio, è una cosa che può venire accettata, ma uno che non apporti alcun beneficio direttamente riscontrabile dal malato è considerata una cosa senza senso; inoltre assumere farmaci per evitare un peggioramento in presenza di una malattia che non dà sintomi evidenti, diventa, agli occhi del Rom, una maniera per rendere la malattia stessa una presenza palpabile e costante. Può diventare quindi una maniera per attivare la malattia e non per allontanarla, come sembrerebbe invece evidente secondo il modello biomedico dominante. Lo stesso criterio viene usato per tutte le patologie, anche per quelle dei bambini rom: una volta riacquistata la salute si ritiene pericoloso continuare a prendere le medicine e fare troppo spesso le analisi prescritte soprattutto se si riprende a star bene.
Considerato che le abitudini di vita più insidiose, soprattutto in presenza di patologie croniche, sono il tabagismo, l'alcol e le diete ipercaloriche, abbiamo spesso constatato la difficoltà ad accettare l'idea che tali abitudini possa-

no avere qualcosa a che fare con la comparsa di malattie. Ancor meno si riesce a far accettare l'idea che per una recessione di queste ultime, tali abitudini debbano essere modificate.
In generale i problemi cronici asintomatici vengono sottostimati e scarsamente considerati per:
- la concezione del tempo per cui lo 'Zingaro vive il presente';
- l'assenza di conoscenze sanitarie tali da collegare alcuni sintomi cronici tra loro ed alle loro possibili complicanze;
- la paura della morte che viene più frequentemente esplicitata rispetto ai gagè;
- un mancato riscontro immediato dell'efficacia della terapia;
- la difficoltà di accesso ai servizi, possibile quasi unicamente per le malattie acute.

Di conseguenza le malattie vengono curate molto tardivamente e ciò è contrario ad ogni buon senso che vede nella diagnosi e terapia precoce la migliore garanzia di risparmio economico nelle terapie e di miglioramento dello stato di salute dei pazienti (Naga, 1995).

la nostra esperienza

Dalla nostra esperienza nei campi abbiamo notato che la presenza o assenza di sintomi caratterizza globalmente l'approccio dello Zingaro all'atto medico: in presenza di sintomo importante egli ricerca attivamente la soluzione andando da un medico, in farmacia, al Pronto Soccorso; é disposto a sottoporsi ad esami strumentali e segue con precisione le terapie prescritte. Una volta scomparso il sintomo, e perciò il problema, non vi é più alcun interesse a seguire terapie o fare controlli, sia strumentali che clinici. E' più volte capitato il caso che la stessa persona, attenta e puntuale negli appuntamenti e nelle terapie al momento del malessere, una volta migliorata la sintomatologia non sia andata più a fare indagini strumentali o visite specialistiche per le quali era stata prenotata.
Ne consegue che la storia naturale delle patologie croniche é un alternarsi di momenti con presenza di sintomi (che innescano la ricerca di aiuto ed i conseguenti atti medici) e momenti di benessere relativo, con abbandono di ogni terapia o controllo. Le cure per evitare la progressione delle patologie croniche (e perciò l'insorgenza di sintomi) appaiono inaccettabili, a meno che la pregressa esperienza della malattia sia stata così traumatica da indurre ad una certa costanza nella terapia.

L'ospedalizzazione è uno dei momenti più turbolenti nella vita di uno Zingaro e della sua famiglia. Gli ospedali sono dei luoghi incredibilmente 'impuri' dove, circondato da gagè, lo Zingaro viene nutrito con strani cibi in piatti lavati impuramente, obbligato ad indossare abiti che non coprono in modo idoneo la zona genitale e le gambe, e subisce un controllo personale. Ma forse lo stress maggiore è l'essere lontano dagli altri Zingari; sin dalla

nascita gli Zingari sono costantemente circondati dagli altri ed essere soli equivale ad una morte sociale (Thomas, 1985).
Inoltre l'ospedale è un luogo particolarmente pericoloso per essere un concentrato di malattie. Quando ci si deve sottoporre ad operazioni chirurgiche, in cui il corpo deve essere 'aperto', il timore di una riuscita negativa e di una 'esposizione' del proprio corpo ad un pericolo aumenta in modo vertiginoso. Infine l'ospedale, in quanto luogo contaminato per eccellenza, viene volentieri utilizzato per le nascite e le morti considerate sempre processi altamente impuri (Naga, 1995).
Anne Sutherland (1992) tenta di dare una spiegazione del fatto che i Rom, così ostili al ricovero ospedaliero, lo utilizzino invece abbondantemente quando si tratta dei loro figli piccoli. Ci sarebbero tre motivi:
1. le prime settimane di vita sono viste dai Rom come un periodo molto delicato e c'è molta preoccupazione per lo stato di salute del neonato;
2. la morte di un neonato porta sfortuna ai genitori;
3. il contatto con i gagè è pericoloso e da evitare solo dopo la pubertà visto che non dà problemi ai bambini.
Addirittura è ben consolidato lo stereotipo per cui nell'immaginario lo Zingaro è colui che "porta i figli a svernare in ospedale, li abbandona in reparto non garantendo un'assistenza e lasciandolo in ospedale dopo la dimissione, è sporco, ruba, disturba, maltratta i figli."
Lo studio del Naga già citato (1996) sfata questi pregiudizi in quanto i dati da loro raccolti evidenziano una realtà diversa:
- la percentuale dei bambini che vengono ricoverati per insistenza dei genitori al momento del ricovero o che vengono lasciati in ospedale oltre la dimissione è poco rilevante (0,1% e 7,1% rispettivamente), all'opposto ben il 18,5% dei soggetti lascia l'ospedale contro il parere dei medici;
- la percentuale dei ricoveri non subisce variazioni significative durante l'arco dell'anno;
- il problema più frequentemente riportato dal personale sanitario durante la degenza è che il paziente è lasciato solo senza i familiari (63,1%) e nel 30% circa i contatti con l'ospedale sono irregolari (22%) o del tutto assenti (9,4%). Se si tenta di capire quale sia la situazione sociale preesistente emerge che nella maggior parte dei casi si tratta di famiglie numerose. E' evidente che l'avere dei figli da accudire riduce la possibilità di permanere in ospedale durante la degenza;
- i furti, l'essere sporco vengono riportati in un numero esiguo di casi sia per il paziente che per i familiari.
Inoltre i dati ridimensionano un certo modo di rappresentare i Rom come pazienti che non sanno l'italiano, non sono in grado di fornire dati anamnestici attendibili per confusione nella presentazione o per assenza di una persona di riferimento; l'abbandono in ospedale avviene in qualsiasi stagione e non ha un picco nei mesi più freddi: se da un lato smentiscono la credenza

che i Rom lasciano i bambini a svernare in ospedale e ridimensionano il fenomeno dell'abbandono in ospedale, dall'altro mostrano comunque che questo fatto esiste ed interessa il 6,5% dei ricoveri.
Tra i motivi di ricovero colpisce il fatto che spesso i terzi ricoveri non sono causati da un quadro clinico grave, ma piuttosto dall'impossibilità di compiere ambulatoriamente l'iter dagnostico-terapeutico o da ostacoli alla compliance con la terapia: a fronte di questo problema, e del rischio socio-sanitario che ne consegue, pochi sono gli interventi avviati per affrontarlo.
A coronamento di questo rapido excursus sul rapporto ospedale pediatrico/Zingari consigliamo la lettura dell'articolo di Randall C. Wetzel et alii (1983) che racconta con molta precisione e realismo l'esperienza vissuta dal personale di un reparto in un caso di patologia grave acuta di un bambino zingaro, concludendo con alcune raccomandazioni da attuare in situazioni simili:
1. identificare i membri maschi anziani del gruppo in quanto tutte le decisioni verranno prese da loro;
2. designare uno o due clinici per comunicare con la famiglia;
3. educare lo staff ad evitare prescrizioni che sono senza senso per gli Zingari.

Gli Zingari ricorrono poco alla medicina di base ed agli ambulatori. Questa realtà genera molti problemi: mancanza di prevenzione, non riconoscimento delle patologie croniche che quindi non vengono mai curate, richieste di aiuto fatte a strutture non idonee, etc. (Naga, 1995).
Le cause di questo mancato utilizzo vanno ricercate in varie aree:
- esiste, comunque, una diffusa riluttanza ad affidarsi nelle mani dei non-Zingari (UNICEF, 1994);
- usano poco i servizi gratuiti perché credono che nulla di gratuito possa essere buono;
- hanno poca pazienza con l'incertezza e l'indecisione e vogliono risolvere subito i vari problemi (Thomas, 1985);
- risulta loro difficile cogliere il concetto di aver diritto ad un servizio pubblico, di conseguenza chi ha diritto all'iscrizione al SSN raramente la utilizza;
- fanno fatica ad accettare di seguire delle regole, hanno una forte idiosincrasia per le 'file' ed una obiettiva difficoltà a muoversi nei meandri della burocrazia delle nostre Aziende Sanitarie;
- è molto importante il rapporto personale con il medico: vogliono che venga dedicato loro del tempo e possano parlare liberamente; per questo chi se lo può permettere preferisce rivolgersi a specialisti in libera professione.

D'altra parte, anche se possono sembrare naif sui processi patologici, non è appropriato considerarli non sofisticati nella conoscenza dei nostri sistemi

sanitari. Come è dimostrato da richieste anche complesse di consulenze, conoscono i migliori ospedali e medici del paese ed ad essi si rivolgono in caso di bisogno (Thomas, 1985).

Il rapporto con le strutture sanitarie, però, non è sempre negativo o culturalmente impensabile. C'è evidenza, soprattutto quando le famiglie ottengono un luogo di sosta legale e permanente e fra i giovani Zingari, di un aumento di rapporti con i servizi ufficiali, di iscrizioni al servizio sanitario con la scelta del medico di medicina generale, di maggior cura nel seguire i consigli ed i trattamenti. In pratica, quanto è più stabile la sosta, tanto più è probabile un miglioramento del servizio alla salute (Hawes, 1997).

Non bisogna poi dimenticare il ricorso ai curatori zingari per le malattie che loro considerano causate dagli spiriti maligni, o ai 'santi' per avere indicazioni sull'esito della malattia (Naga, 1995); come abbiamo detto più sopra spesso per una stessa malattia si ricorre sia ai curatori che alla medicina ufficiale: ci troviamo di fronte a quello che gli studiosi che si occupano di antropologia medica chiamano 'doppio binario', consistente nell'utilizzo di entrambi i metodi messi a disposizione dai due sistemi, quello magico-religioso e quello biomedico, non come due diversi segmenti che si sovrappongono in maniera casuale, ma come due modi complementari per affrontare la sofferenza ed il disagio.

Accesso al SSN

Di osservazioni, aneddoti, dati sull'insufficiente, se non a volte inesistente, accesso per gli Zingari alle strutture sanitarie, è costellata tutta la letteratura che affronta l'argomento, e qualunque operatore sanitario che lavori direttamente o no con gli Zingari, ha sicuramente delle esperienze al riguardo.
Per evidenziare il problema utilizziamo le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia che sono un importante indicatore delle opportunità di utilizzazione delle strutture sanitarie di base, un tracciante di un non accesso ai servizi, al di là del ruolo specifico della vaccinazione nella politica sanitaria di un paese. Tutte le ricerche condotte individuano una notevole sottoutilizzazione di questa possibilità o meglio di questo *diritto/dovere*.

Bambini che hanno Completato il Primo Ciclo di Vaccinazione

Autore	*Paese*	*Anno del rilievo*	*n° sog. studiati*	*Età*	*%Difterite e Tetano*	*%Polio*	*%Morbillo*	*%Pertosse*
Camara	Spagna	1988	1.073	<14a	42.2	42.2	n.r.	n.r.
Feder 1993	Inghilterra	1988-90						
bimbi Rom			72	10m-6a	33	31	20	15
controlli			106	10m-6a	85	87	71	71
Gordon	Irlanda	1989	81	2-5a	57	57	66	22
Linthwaite	Inghilterra	1983		<5a	9	7	12	0
Naga	Italia	1990	260		17	17	n.r.	n.r.
Pahl	Inghilterra	1984						
bimbi Rom				<5a	24	24	14	10
bimbi ingl.					83	82	55	46

elaborato dal Naga, 1996

Non è suffuciente invocare una supposta avversione degli Zingari verso le vaccinazioni per giustificare almeno in parte questa situazione. Sono numerose le esperienze internazionali e nazionali (Camara, 1994; Rose, 1993) di campagne di vaccinazioni condotte nei campi sosta con l'ausilio di cliniche mobili, o di campagne di educazione sanitaria condotte dagli operatori sanitari stessi o da agenti di salute comunitaria che avevano ricevuto una formazione specifica per incentivare l'accesso ai servizi vaccinali. La popolazione zingara ha sempre risposto con entusiasmo al servizio offerto e le coperture vaccinali aumentavano considerevolmente: il 22,2% in 12 mesi nell'esperienza di Camara, e 'sorprendenti' risultati anche nella nostra esperienza ed in altre riportate in questo volume.

Atteggiamento del SSN verso gli Zingari

Il Rapporto del Maternity Alliance britannico del 1990 dichiara che non è necessario dimostrare che gli Zingari godono di una salute peggiore del resto della popolazione per giustificare i servizi essenziali che dovrebbero essere un loro diritto (Hawes, 1997). In realtà è proprio questa la richiesta più diffusa fra il personale sanitario e fra i programmatori in salute: bisogna prima dimostrare un bisogno perché si risponda ad esso. Ciò non fa che confermare una opinione abbastanza diffusa e cioè che il livello di privazione in disponibilità dei servizi sanitari sofferto dagli Zingari sia semplicemente una replica di quello sofferto dai poveri in generale e che sia solo un altro esempio della disuguaglianza ed esclusione sociale in Stati che non fanno attenzione ai bisogni degli ultimi. I servizi pubblici attuano, consciamente e non, strategie che ottengono il contrario dello scopo dichiarato: l'esclusione delle categorie a più alto rischio (Acerbi et alii, 1995).

Anche se è inequivocabile che per gli Zingari questa situazione assume delle sfumature specifiche.

La scarsa presa in carico da parte dei servizi sanitari di questi particolari utenti rientra nella strategia più globale di non fornire servizi: la mancanza di volontà politica nell'offrire luoghi stabili di sosta, una scolarizzazione accettabile per i loro figli, possibilità per svolgere i loro mestieri, regole flessibili per i permessi di soggiorno, vanificano gli sforzi di servizi sociali e di salute locali, spesso sostenuti da una volontà professionale molto positiva (Hawes, 1997).

Rendere accessibili i servizi è un requisito indispensabile per ottenere una buona compliance, ma non è sufficiente. Spesso si sommano difficoltà legate alla diversa concezione della vita sociale e della salute. Ciò è particolarmente evidente per i nomadi: molti di loro sono iscritti al SSN ma la sua fruizione non è garantita nè favorita, anche quando istituzionalmente possibile e dovuta. I modelli culturali dei nomadi sono infatti lontani da quelli espressi dai nostri servizi che, da parte loro, non svolgono un ruolo attivo nel rendere l'offerta condivisibile da parte della minoranza. Così può accadere che anche elementari interventi di medicina preventiva non vengano considerati come un dovere ineludibile da parte dei servizi sanitari (Acerbi et alii, 1995).

Infatti raramente si riconosce che gli Zingari hanno bisogni cui rispondere in modo specifico. Esistono molti problemi nel fornire servizi preventivi, ed alcuni distretti sanno molto poco sui nomadi residenti nella loro area. Sono necessarie misure preventive generali, piuttosto che specifiche. Troppo spesso i servizi sanitari decidono per un target specifico, come migliorare la copertura vaccinale, senza riferirsi alle priorità degli Zingari: i nomadi preferirebbero acqua pulita o un campo sosta sicuro, cose entrambe essenziali per la salute, ma che richiedono anche coordinamento con altre istituzioni (Hussey, 1988).

‘ATTEGGIAMENTI’ DELLA CULTURA ROM	GESTIONE DELLA MALATTIA ATTEGGIAMENTO VERSO LE STRUTTURE SANITARIE
malattia = sintomo	- cerca aiuto solo quando sta male - bassa compliance
il Rom vive il presente, non concepisce un progetto che darà benefici futuri	- dal medico alla 1° visita vuole la diagnosi e l’impostazione della terapia, non accetta lunghi iter diagnostici - uso privilegiato del P.S. - difficoltà a capire ed usare misure di prevenzione (vaccinazioni, regole di vita) mentre è molto conscio dell’influenza dello stato igienico-ambientale
nomadismo come fuga, evitare i problema	di fronte ad una malattia grave lo Zingaro fugge, fa finta di niente
malattia = stato impuro	nasconde i sintomi o li sopporta in modo stoico per vergogna
centralità della famiglia	non solo per i bambini, ma anche per gli adulti in caso di patologie gravi, chi decide sono i familiari (il malato è debole e spaventato)
il Rom si sente discriminato dalla società gagé	- importante il rapporto personale con l’operatore - presenta i sintomi in modo plateale, esagerato, per richiamare l’attenzione - non rispetta le regole - diffidenza verso gli ospedali perché: * rubano gli organi, il sangue * rubano i bambini * avvelenano facendo esperimenti con i farmaci
l’ospedale è pericoloso perché: * impuro * pericolo di contagio di malattie * luogo di morte	- comportamento aggressivo (paura) - gli adulti ne vogliono uscire il prima possibile
il Rom è pragmatico, utilitarista nei confronti dei gagé	- manovra il rapporto con l’operatore per ottenere il farmaco o l’indagine strumentale di cui crede di aver bisogno - sfrutta gli operatori che si dimostrano disponibili
scarsa istruzione = non capisce le regole delle istituzioni del SSN	- non si sa muovere nella burocrazia - intolleranza alle file, alla attesa - difficoltà a cogliere il concetto di “diritto” al servizio sanitario

fonte: materiale elaborato dalla Caritas e distribuito in occasione di un Corso al personale infermieristico dell’Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma, 1998

Sono infatti rari gli esempi di pianificazioni strategiche che coinvolgano più istituzioni per affrontare in modo globale l'argomento Zingari; inoltre i servizi sociali statali adottano, per scelta politica, un approccio non specialistico alle minoranze come gli Zingari limitando, od addirittura inibendo, la collaborazione con agenzie, organismi del privato sociale o di volontariato che hanno priorità ed approcci metodologici differenti (d'altro canto alcuni esempi positivi sono segnalati in altre parti del volume).

La frammentarietà negli interventi, gli obiettivi del lavoro troppo limitati e specifici, la scarsa conoscenza del mondo zingaro da parte degli operatori sociali e sanitari producono un effetto perverso: l'assistente sociale, il vigile, il poliziotto, l'avvocato, il dottore (senza togliere niente a queste figure professionali) con servizi e concessioni che possono offrire o rifiutare, hanno un ben preciso ruolo nel conflitto interetnico. Ad esse il Rom, volente o nolente, ricorre o con esse si scontra in momenti precisi. Anzi, spesso esse rafforzano la sua intenzione di rimanere Rom - il diverso, nonostante l'alto prezzo da pagare, spesso anche in termini di salute e di qualità della vita (Borsi, 1996).

Alcune considerazioni

La terra é stata creata per tutti,
per i ricchi e per i poveri.
Non sono tuoi i beni che tu dai con generosità a chi ti chiede
piuttosto tu restituisci a loro una parte di ciò che appartiene a loro.
Il bene di cui ti impadronisci con la forza
é un bene comune che é stato dato perché tutti ne usino.

Ambrogio, vescovo di Milano, IV secolo

Si possono avanzare alcune considerazioni:
- benché manchino dati scientifici completi si può ragionevolmente pensare che tra gli Zingari esistano elevati tassi di mortalità e morbilità con *aree critiche* specifiche (perinatale, svezzamento avanzato, adolescenza, vecchiaia) che si traducono frequentemente in una ridotta speranza di vita;
- esiste una stretta correlazione fra il profilo epidemiologico dei problemi di salute ed i fattori di rischio socio-ambientali e di emarginazione caratteristici di questa popolazione;
- la problematica sanitaria degli Zingari si inquadra in un contesto più ampio (condizioni abitative, mancanza di lavoro, pregiudizi ed esclusione). Ma lo Zingaro è al tempo stesso la sua famiglia e la sua comunità. La salute dell'individuo - e in particolare del bambino - deve dunque essere tutelata nel contesto comunitario in cui egli si trova a vivere, tenendo conto sia degli aspetti oggettivi (localizzazione insalubre dei siti abitativi e mancanza di infrastrutture igieniche), che di quelli soggettivi (credenze culturali sulla malattia);
- esiste un evidente scarto fra i bisogni di salute presenti fra gli Zingari e le risposte ottenute dal sistema dei servizi.

L'insuccesso dell'incontro bisogno di salute/offerta dei servizi si può dare secondo varie modalità:
- esiste un diverso concetto di salute-malattia fra gagè e Zingaro tale per cui i sintomi o malattie identificati come bisogno dall'uno non vengono riconosciuti come tali dall'altro;
- esiste un'identica percezione, ma gli Zingari esprimono il loro bisogno a risorse diverse in alternativa o competizione con il sistema dei servizi pubblici; in altri termini esistono risorse interne al gruppo afferenti

alla medicina tradizionale che sostituiscono il sistema dei servizi pubblici;
- esiste un'identica percezione del bisogno, ma ostacoli dipendenti dallo Zingaro (socio-culturali) o dal servizio (giuridico-amministrativi, strutturali o culturali) o dall'interazione dei soggetti (relazionali) impediscono il successo dell'incontro (Naga, 1995; Borghesi et alii., 1997; UNICEF, 1994).

Infine non è chiaro se i professionisti sanitari ed i pianificatori abbiano una conoscenza abbastanza approfondita della situazione e se apprezzino il fatto che ci dovrà essere un adattamento da parte dei servizi piuttosto che degli Zingari ad essi se si vuole progredire in termini di giustizia sociale in sanità.

PARTE TERZA

ESPERIENZE SUL CAMPO

La promozione della salute degli Zingari a Roma

Resoconto dell'esperienza dell'Area Sanitaria della Caritas Romana

a cura di Salvatore Geraci, Bianca Maisano, Fulvia Motta e Carlo Ruggeri

*"L'uomo contemporaneo ascolta più volentieri
i testimoni che i maestri, o se ascolta i maestri
lo fa perché sono dei testimoni"*

Paolo VI

La Caritas Romana

La Caritas è un organismo pastorale della Chiesa cattolica ed ha come finalità la promozione integrale dell'uomo, in particolare di è chi sofferente, emarginato, non tutelato. Lo Statuto della Caritas romana infatti recita che essa *"... è l'organismo pastorale istituito... al fine di promuovere la testimonianza della Carità della comunità diocesana e delle comunità intermedie, specie parrocchiali, in forme consone ai tempi ed ai bisogni, in vista dello sviluppo integrale dell'uomo, della giustizia sociale e della pace, con particolare attenzione agli ultimi e con prevalente funzione pedagogica"*
Con questa finalità, per raggiungere obiettivi fattivi, la Caritas di Roma si è 'dotata' di *Aree operative* che individuando ambiti di marginalità, concretamente organizzano risposte, attivano riflessioni, sensibilizzano la comunità per attivarsi contro meccanismi di esclusione, stimolano le autorità a prendersi carico, con interventi rispettosi della dignità di ogni persona, dei bisogni percepiti ed espressi dalla popolazione soprattutto se esclusa ed emarginata.
L'Area Sanitaria in particolare si lascia provocare ed agisce nell'ambito dell'esclusione socio-sanitaria. Riportiamo il testo di uno dei documenti di presentazione dell'Area.
"La malattia è di per sé un elemento emarginante, soprattutto per chi non è adeguatamente tutelato. Pur essendo il diritto alla salute uno dei diritti irrinunciabili per l'uomo, migliaia di persone anche nella nostra città ne sono di fatto esclusi: immigrati irregolari e clandestini, nomadi, senza fissa dimora. Da queste considerazioni si è partiti nel 1983 organizzando un servizio di medicina generale per coloro che non avevano garantita l'assistenza sanitaria pubblica e gratuita con gli obiettivi di assicurare un diritto a chi non ce l'ha, verificare il fenomeno ed individuare le risposte più adeguate, sensibilizzare la comunità ed in particolare il mondo e le autorità sanitarie a responsabilizzarsi verso gli emarginati. Lo stimolo ad approfon-

dire questi temi nasce dalla constatazione che lo Stato pur potente nei mezzi e nelle possibilità, spesso è poco sensibile ad adattarsi alle minoranze o alle diversità; fornendo risposte standard di fatto esclude coloro che per vari motivi ne sono fuori...".
Il metodo di lavoro, di centinaia di volontari, viene definito bene da mons. Luigi Di Liegro "*... partendo dai fatti e dalle persone che incontriamo nel nostro quotidiano, cerchiamo di delineare prospettive ed ambiti di azione, anche in campo sanitario, che vedano l'emarginato, il povero, l'altro al centro del nostro agire, con la preoccupazione di fare del nostro lavoro delle occasioni di promozione umana, di crescita comune, di impegno pastorale e politico. ... Essere schierati dalla parte di chi è escluso non può esaurirsi nell'offrire dei servizi - anche se altamente qualificati e professionali - esige un impegno di giustizia che passa attraverso il mettersi in discussione nel proprio intimo, accettare la possibilità di lasciarsi cambiare dall'incontro, fino a scelte che spingano la società a piegarsi sul più debole, a difenderlo, ad accoglierlo. Ciò oggi potrebbe sembrare andare controcorrente in una organizzazione sociale tutta protesa verso l'efficientismo, l'ipertecnologia... eppure riscoprire l'uomo, la sua dignità, dare legittimità ai suoi bisogni ed a volte alla sua diversità ci sembra qualificante moralmente e civilmente*".
In questo quadro nasce dal 1985 un impegno concreto per l'assistenza sanitaria alla popolazione Rom di Roma. Dal 1995, la Caritas Diocesana ha ampliato l'intervento costituendo una Gruppo di lavoro sugli Zingari che vuole avviare un collegamento tra le varie realtà che, in ambito ecclesiale, operano nel settore dell'assistenza ai nomadi. Il Gruppo serve per un confronto permanente, per lo scambio delle esperienze, per una maggiore visibilità ecclesiale.
In particolare il collegamento dovrà:
a. verificare cosa accade nei campi sosta;
b. conoscere e verificare le iniziative dell'amministrazione comunale;
c. verificare i bisogni dei nomadi e sollecitare degli interventi;
d. promuovere un'azione pastorale di sensibilizzazione delle comunità cristiane verso questa tematica.

La situazione degli Zingari a Roma

Fra i più antichi documenti storici che testimoniano l'arrivo degli Zingari in Italia, vi sono quelli riguardanti il passaggio per Forlì (1422) e per Fermo (1430) di un gruppo di circa duecento 'Indiani' diretti a Roma per ottenere indulgenza e protezione dal Papa e provenienti da Roma, con un lasciapassare del Papa "per cui potevano andare per il mondo senza pagare alcun pedaggio né gabella".
Che a Roma fossero numerosi, e ben poco accetti, lo dimostra la gran copia di bandi emessi contro di loro, dalla metà del XVI secolo fino all'ultimo del 1756. Non esistono studi storici sugli Zingari a Roma nel 1800, ma sicuramente furono numerosi i Sinti nomadi che usavano, ed usano tuttora, svernare nelle città per riprendere con la bella stagione la loro attività nello spettacolo viaggiante. Sempre più numerosi anche i Rom, fra i quali i Rom abbruzzesi, che da una consuetudine di vita seminomade passavano ad una residenza più o meno stabile. Nel 1936 alcune famiglie comprarono delle casupole in Via del Mandrione, lungo i ruderi dell'Acquedotto Felice, mentre altre si stabilirono accanto alla vicina Porta Furba. La baraccopoli rimase densamente abitata fino al gennaio 1981, quando le abitazio-

ni furono distrutte dalle ruspe del Comune. Circa duecento Rom furono rialloggiati nelle case popolari a Spinaceto, altri a Nuova Ostia, mentre alcune famiglie già avevano provveduto a procurarsi abitazioni decorose alla Romanina e Torre Angela.
Già negli anni '60 era cominciata l'immigrazione dei Rom dall'Est, soprattutto dalla Iugoslavia, fattasi nei decenni successivi sempre più massiccia, e con essi da una parte l'aggravarsi di fenomeni di esclusione e di rigetto, dall'altra l'avviarsi in Campidoglio (sede dell'Amministrazione Capitolina) del dibattito sulla questione della sosta degli Zingari. Anche se nel 1985 la Regione Lazio emanò la legge regionale n. 82 '*Norme in favore dei Rom*' ed il Consiglio Comunale approvò nel 1986 la deliberazione n. 3 per l'istituzione di campi sosta, si è dovuto aspettare dieci anni per vederne realizzati i primi.
Intanto si procedeva, e si continua a procedere, fra inutili espulsioni e vaghe promesse, mentre negli accampamenti gli Zingari, ormai tollerati, continuano a vivere in condizioni di estremo disagio e nello stesso tempo ad aumentare. Se nel censimento fatto dal Comune di Roma nel marzo 1994 risultavano circa 3.600, quello di novembre 1995 ne ha registrati 5.467, mentre i dati del dicembre 1996 ne riportano 6.487. E non sono tutti (Karpati, 1997).
Bisogna infatti considerare circa altri 1.200 Zingari, quasi esclusivamente Lovara e Rom abbruzzesi, che vivono in appartamenti ed i Sinti che in genere vengono censiti solo parzialmente in quanto la maggior parte si sottrae al rilevamento, ritenendolo una misura discriminatoria perché sono tutti cittadini italiani. I cittadini italiani, comunque, risultavano nel 1996 essere il 25,8% su tutta la popolazione zingara censita.
Anche sul numero di insediamenti i dati ufficiali non sono certi; l'Ufficio Speciale per l'Immigrazione (USI - organo deputato all'applicazione delle politiche comunali sui nomadi) riporta nel 1996 ben 62 insediamenti di dimensioni variabili (da una famiglia, cioè sei persone, a 234 famiglie con 927 persone) mentre nel 1997 gli insediamenti sono 35; la diminuzione numerica viene giustificata da una politica tesa da una parte a ridurre gli insediamenti spontanei ed ad allestire campi attrezzati (sette in tutto nel 1997), dall'altra a sistemare situazioni che presentavano condizioni igienico-sanitarie gravissime. I 35 insediamenti censiti sono abitati complessivamente da 4.801 Zingari, di cui 2.373 (49,4%) minori.

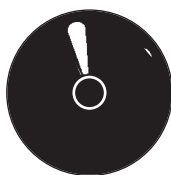
Il maggior numero di nomadi è concentrato nella VII circoscrizione: si tratta di 1.375 persone (di cui 658 minori) in 7 insediamenti, tra i quali i più consistenti sono Casilino 700 e Casilino 900.
Il secondo posto spetta all'VIII circoscrizione (514 persone). La situazione dei campi a Roma resta ancora caratterizzata da casi di estrema difficoltà. Ad esempio, il campo del Casilino 700 è un'area macroscopica e fortemente degradata dove vivono circa 1.000 persone di varie etnie, tra le quali anche non-Zingari, in condizioni drammatiche.

Presenze Attuali degli Zingari in Campi a Roma

Circ.	*Ubicazione*	*presen.*	*% presen.*	*minori*	*% min. su pres.*	*gruppo*
I	**Campo Boario**	**116**	**2,4%**	**50**	**43,1%**	**Rom Kalderasha**
II	Foro Italico	126	2,6%	74	58,7%	Rom Kanijarija
II	Stadio Flaminio	9	0,2%	7	77,8%	Rom napoletani
TOT II		**135**	**2,8%**	**81**	**60,0%**	
IV	**Monte Amiata**	**48**	**1,0%**	**28**	**58,3%**	**Rom Khorakhane**
V	Salviati	72	1,5%	26	36,1%	Rudari
V	Martora	174	3,6%	82	47,1%	Rudari/Rom Khorakhane
V	Spellanzon	87	1,8%	30	34,5%	Sinti giostrai
V	Casal Tidei	39	0,8%	15	38,5%	Sinti giostrai
TOT V		**372**	**7,7%**	**153**	**41,1%**	
VI	**Gordiani**	**154**	**3,2%**	**73**	**47,4%**	**Rudari**
VII	Casilino 700	927	19,3%	446	48,1%	Rom Khorakhane
VII	Casilino 900	293	6,1%	136	46,4%	Rom Khorakhane
VII	Centocelle 98	44	0,9%	25	56,8%	Rom Khorakhane
VII	Olmi	13	0,3%	3	23,1%	Sinti giostrai
VII	Togliatti	19	0,4%	9	47,4%	Rom Khorakhane
VII	Dameta-Naiade	49	1,0%	26	53,1%	Rom Kanijarija
VII	Nono	30	0,6%	13	43,3%	Sinti giostrai
TOT VII		**1.375**	**28,6%**	**658**	**47,9%**	
VIII	Salone	391	8,1%	200	51,2%	Rom Khorakhane/Kanijarija
VIII	Acqua Vergine	200	4,2%	100	50,0%	Rom Khorakhane/Kanijarija
TOT VIII		**591**	**12,3%**	**300**	**50,8%**	
IX	**Arco di Travertino**	**31**	**0,6%**	**21**	**67,7%**	**Rom Khorakhane**
X	**La Barbuta**	**225**	**4,7%**	**107**	**47,6%**	**Rom Khorakh./Sinti giostrai**
XI	Savini	496	10,3%	253	51,0%	Rom Khorakhane
XI	Sette Chiese	18	0,4%	4	22,2%	Sinti giostrai
TOT XI		**514**	**10,7%**	**257**	**50,0%**	
XII	Tor de Cenci	175	3,6%	99	56,6%	Rom Khorakhane
XII	Tor Pagnotta	78	1,6%	41	52,6%	Rom Khorakhane
XII		22	0,5%	1	4,5%	Sinti giostrai Butera-Mezzocamino
TOT XII		**275**	**5,7%**	**141**	**51,3%**	
XIII	Ortolani	97	2,0%	55	56,7%	Rom Kanijarija
XIII	Lenormant	6	0,1%	2	33,3%	Rudari
TOT XIII		**103**	**2,1%**	**57**	**55,3%**	
XV	Candoni	314	6,5%	173	55,1%	Rom Khorakhane
XV	Muratella	75	1,6%	42	56,0%	Rom Khorakhane
TOT XV		**389**	**8,1%**	**215**	**55,3%**	
XVIII	Mazzacurati	18	0,4%	5	27,8%	Sinti giostrai
XVIII	Monachina	54	1,1%	29	53,7%	Rom Khorakhane
XVIII	Moricca Albergotti	9	0,2%	3	33,3%	Sinti giostrai
TOT XVIII		**81**	**1,7%**	**37**	**45,7%**	
XIX	**Lombroso**	**141**	**2,9%**	**75**	**53,2%**	**Rom Khorakhane**
XX	Tor di Quinto Baiardo	231	4,8%	114	49,4%	Rom Kanijarija
XX	Gigli	18	0,4%	6	33,3%	Sinti giostrai
TOT XX		**249**	**5,2%**	**120**	**48,2%**	
TOTALE		**4.801**	***100,0%***	***2.373***	***49,4%***	

fonte: elaborazioni Caritas Roma su dati del Comune di Roma, 1998

Il progetto della Caritas

La storia del progetto è fatta di tante domande e di qualche risposta; in questo senso è stata una ricerca continua: non ci siamo fermati alle prime risposte possibili rispetto ad un problema, ma abbiamo continuato ad interrogarci, a valutare il nostro intervento, ad individuare gli errori ed a cercare possibili soluzioni. Non si capisce la 'storia' di dodici anni di attività se non inquadrandola in questa cornice. Per noi la ricerca metodologica per individuare un tipo di intervento sanitario efficace, e quindi riproducibile, con la popolazione zingara è la vera finalità, il *filo conduttore* del lavoro. E' lo stile insegnatoci da mons. Luigi Di Liegro, quello di essere costantemente in cammino, impegnati nel dare risposte ma anche nell'interrogarci sulla loro efficacia. E ciò non solo professionalmente ma anche sul piano umano, culturale e in definitiva personale per il nostro servizio di volontari, e politico per le sollecitazioni che possano tradursi in un impegno collettivo.
Ci piace ricorrere ad una immagine figurata nel ripercorrere questo cammino: la *ruota*, simbolo scelto dagli Zingari nella loro bandiera.
La *ruota* è l'immagine dell'andare avanti, del non fermarsi; i *raggi* rendono visibile il cammino, sono i fatti, i risultati. Ma questi raggi non potrebbero muoversi se non ci fosse l'*attrito* provocato dalle asperità della strada, dalle difficoltà, dalle buche/errori che rendono necessario fermarsi, riflettere e riorganizzare il cammino.

Il Primo Raggio: la Storia fino al 1991

In seguito all'emergenza del 1985, dovuta alle alluvioni che interessarono alcuni insediamenti di Zingari della zona di Colli Aniene, fu richiesto l'intervento sanitario della Caritas Diocesana: per la prima volta dei medici 'entrarono' in modo più o meno organizzato in un campo nomadi. Ciò si rilevò estremamente utile, ma emersero subito due considerazioni basilari: gli Zingari che stavano male non si recavano all'ambulatorio che la Caritas aveva istituito qualche anno prima per tutti coloro che non potevano o non riuscivano ad accedere alle strutture pubbliche, ed i medici che visitavano gli Zingari nei campi non avevano supporti diagnostici e terapeutici. Nel 1986 si studiò e nel 1987 si realizzò il Centro Medico Mobile (CMM): un camper attrezzato ad ambulatorio con lettino, elettrocardiografo, mini laboratorio per analisi cliniche di base, doppler, presidi per la rianimazione e farmacia. Questo strumento di lavoro si rivelò subito come innovativo rispetto ai metodi di intervento sanitario utilizzati all'epoca in Italia con gli Zingari e venne preso come riferimento in altre realtà. Nei primi due anni furono regolarmente visitati i campi

sosta di Roma, con uscite bi o trisettimanali; ma il servizio venne gestito in modo frammentario da volontari o da medici in servizio civile impegnati nell'ambulatorio della Caritas. Già nel 1989 prese corpo un progetto di promozione della salute che non si limitasse solo alla parte clinico-assistenziale: un medico a tempo pieno visitava regolarmente 17 campi sosta di Roma. Le attività previste erano:
- visite quotidiane di un'équipe formata da un medico ed un infermiere per evidenziare patologie acute in atto e patologie croniche mal seguite;
- sorveglianza igienico-sanitaria;
- attività di ricerca sulla metodologia di intervento nonché attività di raccolta e di elaborazione di dati epidemiologici;
- educazione sanitaria mirata su problemi cui la popolazione era via via sensibile;
- aiuto e facilitazione del rapporto nomade - SSN;
- distribuzione gratuita di farmaci ai soggetti in stato di bisogno.
L'attività, che nel 1989 era soprattutto di tipo clinico e terapeutico (4.000 visite mediche di base, 250 analisi, 30 Ecg), si arricchì nel 1990 ampliando l'équipe con una ginecologa, un internista, un'infermiera ed un ingegnere di tecnologia e chimica alimentare, con la raccolta dati per indagini epidemiologiche su lue, HIV, gruppo TORCH e malnutrizione infantile, e con l'avvio di una collaborazione con la USL Rm/9 su un progetto comune che prevedeva:
- servizio di medicina preventiva rivolta a bambini da 0 a 14 anni relativamente a problemi di tipo psicologico-igenistico-sanitario;
- assistenza sociale rivolta a minori ed alle madri relativamente a problemi di ordine sociale, scolastico, lavorativo e legale;
- orientamento ed inserimento nelle strutture ed istituzioni pubbliche.
Nella sua relazione finale il medico responsabile del CMM, Augusta Bovo, concludeva presentando alcuni punti sui quali ancora oggi stiamo lavorando:
- il camper sanitario può diventare uno spazio polivalente, per servizi finalizzati;
- è importante lavorare sulla malnutrizione infantile, la gravidanza, i problemi inerenti la sessualità;
- è necessario creare uno schedario continuamente aggiornato come supporto indispensabile per un intervento sistematico e strutturato;
- bisogna ampliare l'équipe impiegando personale con altre esperienze culturali e professionali oltre alla sanitaria.
La dottoressa Bovo descriveva l'esperienza dell'incontro con una popolazione 'altra' con queste parole: *"... il grosso sforzo è stato non tanto il lavoro medico, quanto il continuo aggiustamento, nella mia testa, della mia logica con la loro. A poco a poco ho percepito che gli Zingari non vedono in modo 'diverso', come pensano molti, il nostro mondo, ma vedono un mondo diverso dal nostro, e compiuto, non migliorabile dalla società gagè, da cui anzi deve essere difeso. Mi è sempre più chiaro di dover essere un 'contenitore' per lasciare il più possibile spazio ai loro comportamenti, alla loro realtà, ai loro desideri, alla loro forma mentis."*

L'ATTRITO: OVVERO OSTACOLI E DIFFICOLTÀ

Come spesso accade nell'ambito del volontariato, il trasferimento della dottoressa Bovo in altra parte d'Italia per motivi professionali ed il non aver ancora creato una équipe di supporto che potesse continuare il lavoro nell'ambito progettuale tracciato, hanno prodotto un arresto al processo di approfondimento dell'approccio sanitario al mondo zingaro. Gli stessi progetti avviati con la struttura pubblica, che proprio in quegli anni si andava riorganizzando alla luce della riforma sanitaria, sono rimasti in una fase di stallo anche se sono stati una solida base per i rapporti che si sono potuti avviare in 'tempi più maturi'.

La Storia dal 1992 al 1995: Raggi ed Attriti ...

L'esperienza accumulata in questi primi anni di lavoro portò comunque, nel 1992, all'individuazione di alcuni punti fermi per quanto riguarda la medicina per gli Zingari:

- è impossibile distinguere l'intervento sanitario dall'approccio socio-culturale;
- la difficoltà consiste nel tradurre i servizi socio-assistenziali offerti in forme culturalmente trasparenti per la popolazione zingara;
- è necessario assimilare le forme di espressione del bisogno della cultura zingara, e ciò è possibile solo con un costante lavoro sul campo, là dove si realizza la vita del nomade;
- la medicina per gli Zingari è una attività costante di erogazione di un servizio correlata ad un processo di acculturazione dell'operatore.

Nonostante fosse stato formulato un progetto articolato, con quattro aree operative (di intervento sanitario-assistenziale, di osservazione epidemiologica, di educazione sanitaria, di formazione culturale per gli operatori) la mancanza di risorse umane specifiche, la non continuità degli operatori, le difficoltà di trovare interlocutori collaborativi presso il Comune e le USL, il frequente cambio di referenti sia nel versante pubblico come di altre associazioni, costrinsero a limitare prevalentemente l'attività all'aspetto assistenziale.

Nel frattempo però sono state fatte alcune importanti scelte: si limitarono i campi da seguire a cinque, scelti tra quelli con maggiori problematiche e dove erano più evidenti i segni di esclusione (affollamento, strutture inadeguate, mal visti dalla popolazione locale, ...) per poter garantire una presenza almeno settimanale; si inserirono nell'équipe, che faceva perno su un autista ed un medico di medicina generale, cinque pediatri volontari, uno per campo; si decise di visitare ogni campo sempre nello stesso giorno, nelle stesse ore, con la stessa équipe; si attivarono rapporti stabili con le associazioni già impegnate 'sul fronte' Zingari ed in particolare con l'Opera Nomadi. Seppur con dispiacere per aver lasciato degli insediamenti ed una popolazione che, anche se discontinuamente, seguivamo da tempo, tra il 1993 ed il 1995 la scelta di soli

cinque campi, si mostrò efficace e motivò l'intenzione di sviluppare un intervento di tipo educativo, coordinato con il Comune e con le altre realtà sociali già operanti in questo settore. Furono avviate collaborazioni con alcune strutture pubbliche (USL, Circoscrizioni), si raggiunse una buona visibilità dell'intervento ed una discreta accoglienza nei campi in quanto l'attività del CMM era ormai conosciuta dai nomadi presenti da più tempo nel territorio, ma si consolidò con il tempo sempre più la coscienza che il nostro intervento aveva un impatto più basso del previsto sui reali problemi degli Zingari. E non solo perché era sempre più evidente che non si poteva prescindere da un miglioramento più generale della salute se non garantendo agli Zingari un reddito più sicuro ed elevato, lavoro ed abitazione sottraendoli ai fattori di rischio per malattia legati alla promiscuità ed al degrado sociale ed ambientale; anche lo 'strumento camper' si stava rivelando non del tutto adeguato nell'affrontare i problemi specificatamente sanitari.
Così nel 1995 si avviò un nuovo processo di ripensamento e di 'taratura' del progetto *Promozione della salute tra gli Zingari* e delle strategie da adottare; ciò portò ad identificare alcuni dei nostri errori, che risultarono fondamentalmente di metodo. Possiamo così riassumerli:

1. Abbiamo considerato gli Zingari come una popolazione socialmente omogenea: non abbiamo valutato a fondo le differenze che sussistono fra coloro che vivono negli immobili situati nelle periferie urbane, soggetti ad un certo tipo di emarginazione, e coloro che sono nei campi, che possono essere abusivi o attrezzati. Non ci siamo preoccupati delle varie strategie di sopravvivenza economica; anche la differente posizione giuridica di cittadini italiani o immigrati, con permesso di soggiorno o no, ha il suo peso così come la scolarizzazione e la conoscenza o meno della lingua italiana. Tutti questi fattori, a partire da una cultura fondamentalmente omogenea, creano dei 'sottogruppi' con bisogni diversi, che richiedono strategie di intervento molteplici.
2. E' stato errato considerare gli Zingari come popolazione passiva, nel nostro caso privi di sistemi biomedici propri di riferimento e perciò incapaci di trovare autonomamente risposte efficaci ai problemi di salute.
3. Non bisognava individuare un'unica strategia di approccio, come la presenza regolare nei campi del camper attrezzato che, nonostante permettesse di rispondere ad alcuni bisogni (assistenza medica), rendeva a volte più difficile la realizzazione di altri interventi sempre di tipo sanitario ma non strettamente medico-assistenziale (ad esempio educazione sanitaria, ...).
4. Non avremmo dovuto individuare *noi* gli ambiti privilegiati di intervento, senza darci tempo per osservare ed ascoltare, per permettere agli Zingari stessi di esprimere i loro bisogni.
5. Abbiamo proposto un intervento sanitario tout-court: ma la salute non è solo assenza di malattia, bensì richiede il benessere o almeno il miglior equilibrio possibile in ambito sociale, culturale, economico.

Sul ruolo del CMM riportiamo le osservazioni sistematizzate nei primi mesi del 1996 nell'ambito della riflessione avviata. *"Da circa un anno, con l'équipe allargata del CMM costituita da tutti i volontari che prestano servizio nei campi nomadi in cui interviene la Caritas, si sta sviluppando una riflessione sulla metodologia di lavoro, sul suo impatto e su come migliorarlo; da questa riflessione sono nate alcune proposte operative, solo in parte però realmente attuate. Se da un lato c'é lo sforzo nel cercare di adottare un approccio attivo, di uscire dal camper per entrare nelle abitazioni dei nomadi, di stimolare il dialogo con i Rom per conoscerli meglio ed offrire loro un servizio più adeguato, nello stesso tempo non si é riusciti ad organizzare e sistematizzare il lavoro del CMM in modo da raccogliere dati quantitativi. E' stata disegnata dall'équipe stessa una scheda clinica pediatrica come strumento di raccolta dati, sia clinici che generali, rivelatasi però di difficile utilizzo. Il carattere di urgenza e precarietà con cui si svolgono le visite nel camper non dà tempo per un colloquio tranquillo con la madre che accompagna il bambino e tantomeno per trascrivere su una scheda i dati raccolti. Non é ancora perciò possibile offrire dati quantitativi descrittivi e/o analitici del lavoro svolto dal CMM.*

Sul piano qualitativo é possibile fare delle osservazioni, in parte risultato dall'esperienza di via del Baiardo dove c'è stata una presenza capillare e continuativa, in parte maturate nell'équipe allargata, in parte raccolte dai nomadi stessi di Tor di Quinto, che ci hanno spesso commentato l'intervento del Camper; tali osservazioni sono in linea di massima applicabili a tutti i campi dove il CMM lavora.

Il camper é il segno visibile della presenza della Caritas, presenza costante e fedele che i nomadi hanno imparato con il tempo ad apprezzare; offre un servizio utile, soprattutto nei campi ove c'é più povertà e perciò impossibilità a pagare i servizi medici. Nel campo di Tor di Quinto, inoltre, sono sempre più numerose le madri che portano i bambini, anche solo per un controllo, indice di un importante cambiamento di mentalità.

Il poterci presentare come appartenenti alla Caritas, essere 'quelli del camper', é stato un elemento positivo: ci ha permesso di caratterizzarci in una attività che i nomadi considerano comunque utile ed é stato un buon 'biglietto da visita' per iniziare un lavoro di promozione della salute.

D'altra parte, però, sia le osservazioni dei componenti il CMM, sia i commenti dei Rom hanno evidenziato alcuni problemi di approccio metodologico che andranno affrontati e risolti. Da un lato, per i medici, la precarietà della situazione logistica impedisce un buon lavoro: il fatto che tutti si ammassino dentro il camper e non vogliano aspettare fuori toglie tranquillità e concentrazione. I Rom, d'altra parte, pur utilizzando spesso il servizio non lo valutano del tutto positivamente e le motivazioni addotte sono varie: il camper si ferma in un punto ben visibile del campo, e ciò significa che tutto il campo vede se qualcuno va a farsi curare, inducendo perciò gli altri a pensare che la persona abbia una malattia grave; inoltre ogni spazio nel campo appartiene ad una famiglia e non sempre i componenti di altre famiglie vi possono entrare: di qui la richiesta di girare nel

campo o di cambiare luogo ad ogni visita. Le visite nel camper, poi, vengono valutate come frettolose; non c'é privacy, non c'é tempo per chiaccherare, le medicine vengono consegnate senza sufficienti spiegazioni e a volte non vengono consegnate affatto, senza che se ne capisca il motivo. Inoltre bisogna fare la fila per essere visitati e, se vengono prescritti degli esami clinici, vanno eseguiti in laboratori di analisi lontani e con appuntamenti distanziati nel tempo, mentre i nomadi li vorrebbero vicino e subito. I medici del CMM sono restii ad eseguire visite in casa, approccio sicuramente privilegiato dai Rom, e, per tutte le modalità sopra descritte, non riescono a conquistare completamente la fiducia degli Zingari che spesso ricorrono al camper solo per patologie minori o per farsi regalare dei farmaci.
A nostro parere, quindi, l'impatto del lavoro del CMM migliorerà visibilmente se potrà essere inserito in un intervento di più ampio respiro nei campi nomadi, ove sarà uno dei servizi offerti in un quadro più globale: finché resterà l'unico tipo di presenza possibile soffrirà di carenze e problemi in parte non risolvibili".

Un Nuovo Raggio: la Storia dal 1996 al 1998

A partire dall'analisi critica del nostro agire e dalle valutazioni emerse dagli errori fatti, furono ridefiniti gli ambiti progettuali nei quali muoverci:

1. *Assistenziale* con una presenza visibile e connotabile sul campo, utilizzando come mezzo il camper, ma non solo, che diventa luogo per l'incontro, occasione per il contatto, a cui può seguire l'informazione e/o l'educazione sanitaria.
2. *Antropologico-culturale* in cui si privilegia la percezione e l'espressione del bisogno, la conoscenza della realtà, per arrivare alla individuazione di strategie di mobilitazione di risorse interne ed esterne. Questo è possibile grazie all'incontro/contatto avvenuto nel camper e con una presenza sul campo discreta, continua ed attenta.

Il Progetto pilota

Apparve naturale, al punto di riflessione avviata, attivarsi concretamente in un ambito progettuale innovativo come quello antropologico - culturale applicato al bisogno di salute. Si definì quindi già a partire dal settembre 1995 un *progetto pilota* con la metodologia della ricerca-azione al fine di investire risorse in una situazione ben delimitata per fare ipotesi, sperimentare metodologie e valutarne i risultati in un tempo ragionevolmente breve e poter così formulare proposte organiche e concrete di intervento efficace. Dopo una attenta valutazione, fu scelto il campo di Tor di Quinto - via del Baiardo in quanto, pur essendo abusivo ma tollerato, non presentava situazioni di disagio estremo, come ad esempio i campi di Casilino 700 o Vicolo Savini, in quanto si tratta-

va di un insediamento di media grandezza, con un buon nucleo di sedentari, senza grandi conflitti interni. Inoltre era già avviata una buona collaborazione con l'operatore dell'Opera Nomadi, a sua volta stimato e ben accetto nella comunità degli Zingari.

Perché un Progetto Pilota? Nella proposta di intervento, presentata all'epoca al Direttore della Caritas scrivevamo: *"La realtà socio-culturale delle popolazioni zingare è estremamente complessa, l'emarginazione e la reciproca diffidenza che le dividono dalla società dominante, le condizioni di vita, igieniche ed ambientali molto precarie ci hanno indirizzato verso un ripensamento globale della strategia di intervento a partire dalla domanda «Cosa significa fare promozione umana in campo sanitario fra gli zingari, oggi?»*

Siamo convinti che nessun intervento, anche il meglio intenzionato, imposto dall'alto, da rappresentanti di quella società che li discrimina, possa essere accettato acriticamente da un popolo che conosce molto bene i propri bisogni ed ha sempre trovato al suo interno i modi più adeguati per affrontarli.

Dalla coscienza della consapevolezza degli Zingari della propria realtà e della loro capacità di trovare soluzioni ai problemi deve partire un intervento che voglia offrire agli Zingari strumenti efficaci per tutelare la loro salute.

Il compito di chi interviene dall'esterno è quello di stimolare la ricerca comune (senza che nessuno si senta oggetto di carità) in cui tutti sono soggetti e contribuiscono, ciascuno secondo le proprie prerogative, alla costruzione di condizioni di vita migliori per tutti.

Su questa base abbiamo definito la finalità del nostro lavoro, a lungo termine, quale «Organizzare il gruppo umano dei nomadi attorno al 'problema salute' affinché possano identificare nel lavoro comune gli strumenti adeguati per tutelare la propria salute»."

Il progetto pilota si delineò subito come uno strumento di intervento e di studio i cui risultati divenivano patrimonio comune, venivano discussi ed analizzati dall'équipe allargata di tutti i volontari Caritas operanti nei campi nomadi, creando a poco a poco una mentalità di revisione continua del lavoro svolto e di ricerca di alternative.

La prima fase. Da novembre '95 a marzo '96 si è svolta la prima fase del progetto i cui obiettivi erano:

1. Raccogliere dati di base che permettano di conoscere la struttura del campo di Tor di Quinto, le caratteristiche demografiche, le relazioni fra le famiglie di nomadi, le relazioni con istituzioni esterne.
2. Conoscere le organizzazioni che intervengono nel campo e le attività che queste vi svolgono.
3. Identificare le malattie considerate dai nomadi come prioritarie.

Un obiettivo indiretto era quello di "creare un rapporto continuo e di fiducia fra i nomadi e gli operatori Caritas come condizione necessaria per il prosieguo del lavoro."

Dal punto di vista metodologico il progetto si trovava ancora in una fase

esplorativa, caratterizzata da una grande flessibilità delle tecniche e strumenti utilizzati, dalla scelta del lavoro di équipe (in quel momento: due obiettori di coscienza ed un volontario), dalla presenza attiva e costante nel campo bi-tri-settimanale e dal monitoraggio continuo del lavoro sia dal punto di vista del raggiungimento degli obiettivi sia soprattutto come adeguatezza della metodologia scelta.
La presenza nel campo si è sviluppata attorno a varie attività:
1. *Valutazione del problema tubercolosi* tramite una campagna di screening con la metodica del tine-test forniti dalla ASL RM/E (vedi scheda tecnica allegata).
2. *Raccolta di dati socio-culturali* grazie alla continua frequentazione delle famiglie nelle loro attività quotidiane.
3. *Contatti con le istituzioni che operano nel campo*, in particolare le parrocchie, la ASL di competenza e l'Opera Nomadi.

I dati raccolti durante questa prima fase furono sistematizzati in un documento (più volte citato in questo testo) e permisero di proporre una prima analisi della complessa realtà del mondo zingaro.
Interrogandoci sul come proseguire il lavoro evidenziammo che gli obiettivi erano stati raggiunti solo parzialmente. Mentre si era ottenuta una buona conoscenza della realtà del campo, solo in parte erano state riconosciute le organizzazioni e le attività interne, così come incompleto era stato il raggiungimento degli obiettivi sanitari. In particolare, non era stato raggiunto un grado soddisfacente di partecipazione della popolazione intorno a varie problematiche, cosicché si era individuata la necessità di continuare ad essere 'presenti sul campo' per cercare di comprendere quali fossero le modalità per fare emergere tale partecipazione.
La seconda fase. Abbiamo identificato un 'ambito di intervento' per la seconda fase del progetto (1997-98) che ci permettesse di entrare nel campo con una finalità precisa, operando nel settore sanitario, a partire da alcune problematiche osservate durante la prima fase.
La finalità dello studio specifico era di approfondire ulteriormente la conoscenza dello stato di salute del gruppo Rom presente nel campo di Tor di Quinto. In particolare ci siamo proposti di meglio definire alcune patologie multifattoriali presenti nel campo e alcuni fattori di rischio per le stesse, comunque in relazione a particolari abitudini dietetiche a rischio. Contemporaneamente volevamo verificare l'ipotesi che le abitudini dietetiche da noi osservate nel campo (che ci proponevamo di definire in senso qualitativo) fossero corrispondenti alla dieta a rischio per le patologie in studio.
Si identificarono i seguenti obiettivi:
1. Calcolare la prevalenza di patologie multifattoriali correlate ad abitudini dietetiche a rischio (fattore di rischio: dieta) nella popolazione adulta. Vanno incluse in questo gruppo le seguenti patologie:
   - ipertensione arteriosa;

- obesità;
- diabete mellito (nei casi previsti);
- complicanze cliniche dell'aterosclerosi (cardiopatia ischemica, eventi vascolari cerebrali, arteriopatia obliterante) nei casi già diagnosticati.

2. Calcolare l'incidenza di patologie respiratorie e gastroenteriche acute nei bambini di età inferiore a 14 anni.
3. Descrivere lo stato di nutrizione della popolazione infantile di età inferiore a 14 anni.
4. Descrivere la tipologia dietetica di una famiglia Rom, con particolare riferimento alle possibili variazioni tra famiglie a differente situazione economica.

Il disegno dello studio era particolarmente ambizioso: sin dalla fase di formulazione identificammo i limiti insiti nello studio stesso e ci proponemmo di iniziare sviluppando gli obiettivi 1 e 3 e di rimandare la raccolta dati per il raggiungimento degli altri, in attesa di condizioni di fattibilità idonee.
Questa seconda fase si rivelò più difficile del previsto anche perché nel corso dell'anno 1997 la struttura dell'équipe cambiò: visto l'esiguo numero di obiettori di coscienza presenti nell'Area Sanitaria non fu possibile assegnarne alcuno a tempo pieno al progetto, mentre si é contato su volontari, medici e non, che si sono andati integrando poco alla volta. Si è raggiunta solo nel mese di maggio una certa stabilità di équipe, condizione indispensabile per il tipo di lavoro che ci eravamo proposti. Infatti l'esperienza maturata ha mostrato chiaramente che gli obiettivi prefissatici potevano essere raggiunti solo con un impegno continuativo e costante negli anni degli stessi operatori. Questa condizione non è immediatamente raggiungibile quando si conta su personale volontario che per il suo stesso carattere cambia con una certa frequenza: ci si è perciò impegnati ad individuare dei volontari che potessero garantire la continuità ed a consolidare l'équipe in un lavoro coordinato ed interdisciplinare.
Inoltre abbiamo dovuto affrontare il problema dell'elevata mobilità della popolazione del campo: ogni anno più di un terzo degli abitanti di Via del Baiardo sono cambiati, pur rimanendone costante il numero totale ed esiste un'alta mobilità stagionale di famiglie allargate che si allontanano dal campo per vari mesi. Questo ha reso più complesso, e sicuramente ha rallentato sia il perfezionamento della raccolta dati sanitari sia la continuità di un rapporto fondato sulla conoscenza e la fiducia reciproca.
Si è garantita, comunque, una presenza settimanale nel campo, offrendo assistenza medica con l'ausilio del camper, sono stati migliorati gli strumenti di raccolta dei dati clinici sia per gli adulti che per i bambini, sono state impostate e controllate terapie di patologie croniche negli adulti e visitati attivamente gran parte dei bambini abitanti nel campo. Inoltre, in collaborazione con la ASL Rm/E, si è assicurata la copertura vaccinale in tutti i bambini. La raccolta dati si è prolungata fino ai primi mesi del 1998, limitandosi allo stato di

nutrizione di tutte le fasce di età (vedi scheda tecnica allegata) ed alla prevalenza di ipertensione.

Il Progetto:
Promozione della Salute nella Popolazione Zingara in alcuni Campi della Città

Come abbiamo già accennato, il lavoro di ricerca del progetto pilota è divenuto ben presto patrimonio comune per tutti i volontari che lavorano nei campi nomadi, anche se la storia di ogni intervento ha la sua specificità.

Da ottobre 1996 si è avviato il progetto "Promozione della salute nella popolazione zingara in alcuni campi della città" affidato dal Comune di Roma alla Caritas Diocesana (Convenzione triennale approvata in data 16.10.96 in esecuzione della delibera della Giunta Comunale n. 3207 del 17.09.96) con le seguenti aree di intervento:

1. Assistenza igienico-sanitaria periodica nei campi nomadi Baiardo, Olimpica, Cesare Lombroso, Tor Pagnotta e Vicolo Savini;
2. Intervento antropologico-sanitario al campo nomadi di Via del Baiardo;
3. Mobilitazione delle risorse territoriali delle Aziende USL dei territori cui appartengono i campi nomadi interessati dal progetto.

Si è costituito un gruppo multidisciplinare formato da medici, infermieri, un farmacista, un'antropologa, una psicologa ed un autista, riunendo le risorse umane già formate ed operanti nei campi nomadi, che facevano riferimento ad un medico con funzioni di coordinatore. Il gruppo è poi suddiviso in cinque piccole équipes, ciascuna delle quali visita settimanalmente un campo nomadi, svolgendovi attività sanitarie con l'ausilio del CMM; l'équipe di Via del Baiardo oltre alle attività di medicina e pediatria di base svolge anche quelle del progetto pilota. Esiste poi un coordinamento operativo mensile con le Aziende USL Rm/A, Rm/C, Rm/E e con l'ARCI, impegnata nel progetto di scolarizzazione dei minori. Il coordinamento finalizzato allo scambio di dati ed informazioni relative alla situazione dei cinque campi ed al confronto sulle rispettive strategie di intervento. Con periodicità variabile si sono sempre mantenuti contatti con altre associazioni o gruppi che si occupano della sanità degli Zingari a Roma (Comunità di S. Egidio, Opera Nomadi, Medici Senza Frontiere).

I primi due anni di lavoro sono stati ricchi di spunti per la riflessione: il nostro impegno è stato non lasciarli cadere, bensì utilizzarli per gli aggiustamenti necessari.

La ricerca del progetto pilota e l'operatività assistenziale si sono andate a poco a poco fondendo, contribuendo ciascuna a leggere una realtà complessa ed ad individuare possibili proposte di lavoro.

Attività del Centro Medico Mobile: aspetti quantitativi

settembre '97-luglio'98

Attività a via Olimpica

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	sett. 97 lug.98
uscite	9	10	11	30
visite bambini	28	33	27	88
visite adulti	28	36	24	88

Attività a vicolo Savini

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	sett. 97 lug.98
uscite	12	11	11	34
visite bambini	148	119	132	399*
visite adulti	154	125	122	401

** sono incluse le vaccinazioni effettuate dalla ASL RMC*

Attività a via di Tor Pagnotta

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	sett. 97 lug.98
uscite	7	6	6	19
visite bambini	30	20	11	61
visite adulti	36	34	36	106

Attività a via Cesare Lombroso

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	sett. 97 lug.98
uscite	13	9	11	33
visite bambini	87	39	80	206
visite adulti	100	58	74	232

Attività a via del Baiardo

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	sett. 97 lug.98
uscite	12	12	10	34
visite bambini	85	99	48	232
visite adulti	108	122	111	341

Fonte: Area Sanitaria Caritas di Roma, 1998

Prime Conclusioni

- La presenza continua nei campi ci ha permesso di conoscere sempre meglio la realtà dei Rom, di individuare più nel dettaglio le aree di crisi di ogni gruppo ed i loro problemi sanitari, di entrare in un rapporto di fiducia che ha migliorato la qualità delle informazioni che ricevevamo. Ma difficile è stato rendere oggettiva questa conoscenza che andavamo accumulando, in modo che non restasse solo patrimonio di ogni operatore, bensì fosse comunicabile. Da qui l'impegno nell'individuare gli strumenti adeguati di raccolta dei dati sulla situazione igienica e sociale del campo, soggetta a continue variazioni, sulle attività svolte dai vari volontari, sulle patologie ricavate dall'attività di assistenza. L'uso di questi strumenti si è andato consolidando poco a poco, fino ad arrivare, recentemente, alla disponibilità di dati analitici sulla situazione sanitaria nei campi.
- Le riflessioni già maturate sull'inadeguatezza del camper come esclusivo strumento di approccio clinico, sempre confermate da chiunque ci lavorasse dentro, hanno favorito l'adozione di un approccio più flessibile da parte dei volontari medici, che sempre più spesso hanno visitato le famiglie 'casa per casa' cercando di dare spazio alle relazioni interpersonali ed all'impostazione di una medicina transculturale che valorizzi le risorse e le potenzialità del popolo rom. Entrare nell'intimità di una famiglia comporta spesso (come succedeva un tempo con i medici condotti) diventare uno dei più importanti punti di riferimento nella storia familiare: significa condividere alcune situazioni o eventi che rivestono importanza per lo stato di salute dei suoi componenti.
- Inoltre si è deciso di adottare uno strategia comune rispetto all'uso dei farmaci per disincentivare l'abitudine, purtroppo molto diffusa, di utilizzarci come dispensatori di farmaci gratuiti e nello stesso tempo educare ad un uso appropriato degli stessi. Si è perciò elaborata una lista di farmaci essenziali che ci permettono di coprire l'80% dei bisogni terapeutici. Questi farmaci sono sempre disponibili sul camper e vengono dispensati solo ai soggetti trattati dai medici dell'équipe.

La convinzione che solo con la partecipazione attiva del gruppo rom si sarebbe potuta intraprendere una reale promozione della salute, si è scontrata con la difficoltà di individuare metodologie efficaci nello stimolare tale partecipazione. Le varie tecniche di lavoro comunitario, già standardizzate nella letteratura internazionale e comunque note ad alcuni volontari, si sono rivelate non idonee fra la popolazione zingara.

Ma, d'altra parte, l'équipe del progetto pilota ha sperimentato che è ben accetto un intervento a livello familiare, su un tema ben specifico, vissuto come prioritario anche da loro, nel quale si offrono dei semplici strumenti di gestione della salute. È nata così l'idea di formulare dei mini-progetti, da sviluppare sempre con la strategia 'casa per casa' e da individuare secondo le diverse realtà dei campi. Per esempio a Tor di Quinto si sperimentano i seguenti temi:

- restituzione dei dati raccolti sullo stato di nutrizione: si proporrà l'adozione

della curva di accrescimento dei bambini, per offrire alle madri più strumenti per seguire lo sviluppo dei loro figli e si stimolerà la discussione sulle abitudini alimentari;
- accompagnamento delle donne in gravidanza e durante i primi mesi di vita del nuovo nato per promuovere azioni preventive per la salute di entrambi;
- educazione dei bambini sugli incidenti domestici, utilizzando dinamiche attive che stimolino la loro partecipazione all'individuazione dei rischi;
- al campo di via Cesare Lombroso è in una prima fase di sviluppo il progetto *Petulengro* che a partire dalla sensibilità nei confronti della vita e del generare propria della cultura Rom si propone di 'forgiare' degli strumenti per una scelta più consapevole rispetto a questi temi (il progetto è descritto in Appendice).
Fulcro della metodologia scelta dal progetto è la collaborazione e l'interazione tra le diverse entità presenti nel campo (Caritas-Arci-Az.USl, S. Egidio, Medici Senza Frontiere, volontari delle Parrocchie, Scout, etc.) che coinvolge sempre più le famiglie rom nella ricerca di risposte efficaci allo loro domanda di salute. Tale scelta metodologica, che comporta un approccio ampio e multidisciplinare, si è rivelata particolarmente utile per la risoluzione di alcuni problemi di salute anche complessi.

L'attrito: ovvero le 'sconfitte'

Di nuovo, abbiamo imparato dalle nostre 'sconfitte' ed abbiamo individuato dei punti chiave sui quali lavorare.
- Per la medicina comunitaria servono risorse umane e materiali ben specifiche, una continuità ed un supporto esterno che il volontariato, per sua natura, non può stabilmente garantire;
- ma d'altra parte la medicina sul campo non potrà mai rispondere a tutti i bisogni sanitari degli Zingari: è necessario perciò lavorare sull'acquisizione di un diritto all'assistenza per questa popolazione;
- come gruppo di volontariato dovevamo puntare di più sul nostro ruolo di stimolo, di denuncia, di 'valore aggiunto' rispetto alle strutture pubbliche proprio perché in grado di ricercare e formulare alternative.

Altri Due Raggi ...

Da queste considerazioni sono nate per il 1998 due nuove aree di impegno, che si sono aggiunte alle altre:
- il coinvolgimento sempre maggiore delle istituzioni pubbliche, per noi in campo sanitario soprattutto le Aziende USL competenti per territorio, non più limitato alla collaborazione con alcuni operatori sensibili e motivati che ritagliavano dal proprio lavoro degli spazi per gli interventi nei campi, bensì la presa in carico istituzionale da parte

della dirigenza dell'Az. USL di questa fetta di popolazione misconosciuta;
- l'impegno nell'informazione, nella formazione di personale sanitario, nell'elaborazione di una cultura sanitaria attenta alle esigenze degli Zingari.

... il Coinvolgimento delle Aziende Sanitarie Locali

Per gli Zingari a Roma, come un pò ovunque, l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale è estremamente difficile: da un problema di accessibilità, sia giuridica per gli stranieri che culturale per tutti, ad un problema di disinformazione degli operatori sanitari con conseguente diffidenza, paura, ostilità, ad una mancanza di presa in carico da parte delle Aziende Sanitarie Locali della situazione igienica e sanitaria dei campi presenti nel loro territorio.
La nostra scelta come volontariato è di stimolare la partecipazione attiva delle istituzioni a partire da un nostro impegno nel campo, dall'intervento sulla realtà sanitaria degli Zingari a Roma già esistente e concreto.
Azienda USL Roma E. Nel campo di Via del Baiardo sin dalle prime fasi abbiamo cercato la collaborazione dell'Az. USL di territorio, la Rm/E, Servizio Materno Infantile. Uno dei primi interventi è stato lo screening della Tubercolosi, già menzionato: i materiali sono stati forniti dell'Az. USL che ha seguito da vicino il lavoro nelle sue varie fasi. A partire da questo intervento è nata l'idea di impegnare del personale per le vaccinazioni dei bambini in età prescolare e scolare, in quanto la copertura vaccinale era pericolosamente bassa. Una assistente sanitaria prima, due medici poi, sono stati introdotti dall'équipe Caritas operante nel campo e, dopo una fase di sensibilizzazione delle madri, hanno svolto un intervento regolare di vaccinazioni al campo stesso. Oggi si sta cercando di stimolare le madri a portare i bambini al centro vaccinale per completare il calendario di vaccinazioni, e così abituarle ad utilizzare le strutture. Dalla continua collaborazione sul campo è nata l'esigenza di formalizzare il lavoro comune fra Caritas ed Az. USL Rm/E nei campi nomadi ed è stato formulato un progetto globale sui temi dell'iscrizione al SSN, facilitando agli Zingari il rilascio del tesserino per STP, dell'accesso alle strutture sanitarie specialistiche ambulatoriali, identificando una serie di strutture accessibili e disponibili e programmando corsi di informazione/formazione per gli operatori sanitari, della copertura vaccinale, che continuerà ad essere garantita, dell'educazione sanitaria su problemi identificati come prioritari dagli Zingari stessi. Questo progetto è all'esame della dirigenza della Rm/E e ci auguriamo venga firmato presto un accordo formale (la proposta di Progetto Operativo è riportata in Appendice).
Azienda USL Roma A. Differente è stato il percorso della collaborazione con la Az. USL Rm/A: già da anni l'Agenzia Immigrati della Rm/A collaborava con la Caritas sul tema più globale degli immigrati. Durante un corso di *Medicina delle Migrazioni*, organizzato dalla Caritas, nel quale si è trattato anche il tema della sanità per gli Zingari, c'è stato l'incontro tra il responsabile dell'Agenzia Immigrati ed una volontaria Caritas impegnata nei campi nomadi, ed anche

dipendente della Rm/A. Quest'ultima è stata invitata a prendere parte al Gruppo di Lavoro della Rm/A "Progetto tutela socio-sanitaria degli immigrati" dove ha portato la sua conoscenza del mondo zingaro e dei problemi di salute che vivono. Da qui è nato l'impegno "dell'Osservatorio della salute dei minori immigrati" nelle vaccinazioni dei bambini dei tre campi nomadi esistenti nel territorio, che si stanno svolgendo regolarmente nei campi stessi. Inoltre è stato inserito il tema dell'accoglienza ai pazienti zingari nelle strutture sanitarie in un corso infermieri degli Ospedali Nuovo Regina Margherita e San Giacomo, che ha permesso di offrire agli operatori sanitari degli strumenti di comprensione della realtà zingara e delle proposte operative di accoglienza efficace.
Ugualmente in un incontro su Immigrati e Salute, che si è svolto a marzo '98 e nel quale il Gruppo di Lavoro ha presentato proposte operative di intervento sugli immigrati ai quadri dirigenti dell'Az. USL, è stato inserito anche il tema degli Zingari, come primo passo per una presa in carico più globale del problema sanitario degli stessi. Da questo seminario è nata la proposta di un progetto di tutela della salute degli immigrati e nomadi. Tale Progetto ha il fine di migliorare l'accessibilità alle strutture sanitarie da parte della popolazione zingara e contempla interventi specifici di formazione del personale delle strutture sanitarie all'accoglienza di questa popolazione. Inoltre include interventi di educazione sanitaria nei campi nomadi sull'uso delle strutture sanitarie e sui problemi di salute prioritari; questo progetto è attualmente all'esame della Direzione Generale dell'Az. USL (il testo della proposta è riportato in Appendice).
Azienda USL Roma C. La deliberazione n.1591 del 2.08.1995 dell'Azienda USL Roma C, attraverso la quale vengono recepiti ed attivati i "profili assistenziali minimi per stranieri e nomadi", inclusi i temporaneamente (ed irregolarmente) presenti, sintetizza il percorso di costante e crescente attenzione della Direzione Generale di questa Azienda USL rispetto a politiche sanitarie 'sensibili' ai gruppi maggiormente a rischio presenti nel proprio territorio. Il documento testimonia inoltre il lavoro congiunto condotto già da anni in collaborazione con le forze attive operanti nei Distretti di competenza (6,9,11 e 12) tra le quali il gruppo dell'Area Sanitaria della Caritas e l'Opera Nomadi; mette in luce la progressiva presa di coscienza da parte della Direzione Sanitaria della precarietà dello stato igienico-abitativo ed ambientale in cui versa la popolazione nomade e, ciò che é più significativo, attiva concretamente strumenti (e finanziamenti) utili per interventi operativi e tempestivi nei campi-sosta di Tor de' Cenci, Vicolo Savini (e Vasca Navale) e Tor Pagnotta con particolare attenzione alla fascia materno-infantile ed alle vaccinazioni obbligatorie.
Un fatto storico per la *saluteZingara* di questo territorio. Con un movimento 'centrifugo' gli operatori sanitari dei Dipartimenti Materno-Infantile ed Igiene e Profilassi sono spinti ad 'uscire' dalle proprie strutture non sotto uno slancio

solidaristico, spontaneo ed estemporaneo, ma all'interno di specifici progetti.
I progetti del 1995 e del 1996, attraverso i quali la Direzione Generale, precorrendo i tempi rispetto ad altre Aziende Sanitarie, si impegna concretamente nella promozione della salute degli Zingari permettono infatti, dopo alcune alternanze, di individuare operatori sanitari professionalmente e culturalmente idonei ad 'aprire la strada'.
L'équipe sanitaria della Caritas, che già da anni percorre questa stessa strada, come si é visto non senza difficoltà e 'sconfitte', vede finalmente delinearsi le condizioni per una collaborazione operativa e quindi per l'emersione di un diritto, quello alla salute, per tanto tempo di fatto negato a questa popolazione. Iniziano ad 'esistere' gli Zingari con i loro volti, le loro storie: i loro nomi fanno la comparsa nei registri vaccinali ; non solo numeri di un problema di salute pubblica, di salvaguardia della collettività, oggetti di ordinanze, ma persone, soggetti di diritti, abitanti a pieno titolo appartenenti al bacino di utenza della rispettiva Azienda USL Roma C.
Si costituisce dunque una 'équipe mista', composta cioè da personale sanitario dell'Az. USL e da volontari ed operatori Caritas ed ARCI che iniziano a muoversi in modo coordinato nei campi: Tor de' Cenci, Tor Pagnotta, Vicolo Savini. Ci si confronta, si verificano gli obiettivi, si condividono gli stretti spazi e le risorse del CMM.
Nel 1997 ci sono i presupposti per la creazione di un coordinamento tecnico permanente che inizia a riunirsi periodicamente nella sede Caritas, a Via Marsala.
Ci si incontra non solo per analizzare i problemi, ma per uno scambio di esperienza, per l'impostazione di una strategia comune, per non ripetere gli errori già commessi.
Cresce il coinvolgimento ed anche l'interesse culturale ed antropologico che spinge ad una conoscenza più profonda della cultura Rom e del suo rapporto con la salute e la malattia. Nascono iniziative di educazione sanitaria; il Consultorio apre le sue porte alle donne zingare che gradatamente entrano in un rapporto di fiducia; si abbattono alcune barriere giuridiche, burocratiche, si semplificano alcuni percorsi; gli operatori chiedono formazione.
Dal 1998 il coordinamento tecnico dell'XI distretto si decentra presso il Consultorio di Via Montuori, non lontano dal campo di Vicolo Savini, e l'Azienda USL decide di collocare un 'posto di salute' per l'infanzia in questo campo assumendo stabilmente il coordinamento e la gestione del progetto (riportato nei suoi dettagli in Appendice).
Presso il Distretto XII (Campo di Tor Pagnotta e di Tor de' Cenci) invece il progetto congiunto stenta a decollare, nonostante i passi avanti compiuti nella copertura vaccinale dei bambini.
A Tor de' Cenci, dove il CMM dal 1997 ha sospeso il suo intervento, le attività progettate per il Presidio Sanitario che la Azienda USL aveva collocato nel campo, hanno registrato una battuta d'arresto: il presidio é stato ritirato.

L'intervento in questo campo va ripensato e riprogrammato certamente stimolando un maggior coinvolgimento della popolazione nella gestione delle risorse destinate alla propria salute e prevedendo la costituzione di una *équipe di salute,* più che di singoli operatori che, pur ben disposti e preparati, rischiano di essere sopraffatti da una realtà obiettivamente complessa e di non facile gestione.
Una storia significativa e per alcuni versi esemplare quella della *saluteZingara* nel territorio della Roma C. E nello stesso tempo emblematica.
Passi avanti, in un contesto di politica sanitaria certamente di larghe vedute, e passi indietro, battute d'arresto, nonostante presupposti positivi e promettenti.
Quali i risultati ottenuti? Quale l'impatto sulla salute della popolazione?
La storia percorsa e ricordata qui solo per brevi cenni, sembra suggerire con chiarezza che, senza una politica di interventi integrati, che affronti contemporaneamente gli aspetti abitativi, lavorativi, sociali, educativi, culturali, giuridici e sanitari a *partire dal punto di vista degli Zingari come soggetti,* ogni intervento sanitario, pur ottimamente contestualizzato, rischia di non determinare alcun impatto sulla salute. E' questa, ci sembra, la sfida da raccogliere dalla strada percorsa con l'Azienda Sanitaria Roma C. Strada sulla quale ci sembra importante continuare a camminare *insieme*.

Gradatamente le Aziende Sanitarie Locali prendono coscienza della realtà sanitaria dei campi situati nel territorio di loro competenza: attraverso questa conoscenza colgono la necessità e l'importanza, per ottenere un impatto significativo sulla salute, di un approccio meno 'aziendale' e più attento alla specificità degli Zingari. Metodologie ed obiettivi vanno infatti stabiliti a partire da una valutazione del bisogno sanitario di questa parte della popolazione del territorio di Roma i cui indicatori non sono sempre sovrapponibili a quelli del resto degli abitanti. Passo dopo passo vengono superati pregiudizi e valutazioni 'esterne'; gradatamente, anche le strutture pubbliche ed i loro operatori si aprono e, ridimensionando le barriere burocratiche e culturali, adattando metodologie, atteggiamenti, orari di lavoro, migliorando il loro standard qualitativo, diventano di fatto più accessibili anche alla popolazione zingara.

... la Formazione e l'Informazione

L'impegno nell'informazione e nella formazione di personale sanitario, da sempre presente fra le nostre attività, ha preso un peso considerevole dagli ultimi mesi del 1997.

10.09.1997 Incontro formativo con tutti i volontari operanti nei cinque campi del progetto sul tema: "La raccolta dati in ambito sanitario: presentazione delle lineeguida per il 97-98"
tipo di attività: coordinamento e formazione

22.09.1997	Intervista sull'attività di promozione della salute della Caritas nei campi zingari (Avvenire) *tipo di attività:* raccolta e stesura documentazione, intervista
26.09.1997	Anniversario dell'incontro di Paolo VI con gli zingari a Pomezia nel 1965: celebrazione a S.Pietro *tipo di attività:* partecipazione
29.09.1997	Inizio del progetto "Petulengro" e programmazione di una serie di incontri formativi per i volontari interessati specificamente al tema della sessualità e della vita nella cultura rom. *tipo di attività:* coordinamento , programmazione, formazione
24, 25,26.10.1997	V Corso semiresidenziale Immigrazione e salute. Scuola Superiore dei Scienze Biomediche F. Rielo *tipo di attività:* intervento e formazione
26 e 27 11 /01.12.1997	Preparazione visita al campo di via del Baiardo con una giornalista della TV Sat 2000 per un servizio sui Rom. *tipo di attività:* raccolta e stesura documentazione, intervista
Ott./Dic. 1997	Corso-base nuovi volontari Caritas Area Sanitaria: presentazione tematiche relative alla promozione della salute nella popolazione zingara. *tipo di attività:* formazione
06.01.1998	Partecipazione alla festa del Natale ortodosso nei campi di via del Baiardo e via Olimpica *tipo di attività:* conoscenza
28.01.1998	Istituto Tecnico "Lombardo Radice". Incontro in assemblea con gli studenti sulla realtà dei Rom a Roma *tipo di attività:* sensibilizzazione
6.02.1998	Convegno Caritas a Milano sugli zingari *tipo di attività:* partecipazione ed intervento
13-14.02.1998	Convegno Internazionale ARCI "Le politiche di sostegno allo sviluppo ed alla integrazione delle comunità zingare in Europa" *tipo di attività:* partecipazione, intervento
18.02.1998	Preparazione e visita al campo di via C. Lombroso con la redazione del programma televisivo RAI2 "Prossimo tuo" *tipo di attività:* coordinamento , programmazione, raccolta documenti
02-03-06.03.1998	Intervento nel Corso Obbligatorio di Aggiornamento per Infermieri dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita sul tema "Il rapporto tra gli zingari e le strutture sanitarie". *tipo di attività:* intervento, sensibilizzazione, formazione

12.03.1998	Interventi sulla salute degli zingari nell'Incontro di aggiornamento e formazione "Immigrati e Salute. Pensare alle aree critiche per un progetto di promozione della salute nella Sanità Pubblica" rivolta a tutti gli operatori Rm/A. *tipo di attività:* intervento, formazione
18.03.1998	Riprese al campo del programma televisivo RAI 2 "Prossimo tuo" sulla realtà degli zingari andato in onda il 2 maggio. *tipo di attività:* coordinamento, interviste, sensibilizzazione
20.03.1998 e date successive	Partecipazione al Comitato Scientifico dell'Opera Nomadi in preparazione al 2° Seminario Nazionale *tipo di attività:* programmazione, partecipazione
02-05.04.1998	Contatto con la sezione di Lecce dell'Opera Nomadi e Visita al Campo nomadi *tipo di attività:* coordinamento, conoscenza
19.04.1998	Partecipazione alla festa della Pasqua ortodossa nei campi di via del Baiardo e via Olimpica *tipo di attività:* conoscenza
27.04.1997	Seminario diocesano sugli zingari: proiezione e commento del video RAI *tipo di attività:* formazione, sensibilizzazione
04.05.1998	Primo anniversario beatificazione santo zingaro Zefirino Jimenez Malla al Santuario del Divino Amore. *tipo di attività:* partecipazione
aprile-giugno 1998	Corso-base nuovi volontari Caritas Area Sanitaria: presentazione tematiche relative alla promozione della salute nella popolazione zingara. *tipo di attività:* formazione
06.05.1998	Partecipazione alla festa di S.Giorgio al campo di via C. Lombroso *tipo di attività:* partecipazione, conoscenza
12.05.1998	Proiezione del film di Tonj Gatlif Gadjo Djlo *tipo di attività:* conoscenza
18.05.1998	Global march Incontro Sala Borromini *tipo di attività:* partecipazione
11-12-13.06.1998	Secondo Seminario Nazionale "Le Metropoli e gli Zingari" organizzato dall'Opera Nomadi *tipo di attività:* partecipazione, intervento
25.06.1998	Workshop "Superare l'emergenza per costruire la cittadinanza" Com. Capodarco e Arci *tipo di attività:* partecipazione

26.06.1998 Campo Caritas di formazione al servizio per giovani: “Oltre al tuo naso c’é un mondo da scoprire” Testimonianze di due volontari che operano nei campi zingari.
tipo di attività: formazione, sensibilizzazione

11.07.1998 Incontro formativo con tutti i volontari operanti nei cinque campi sul tema: “Nuove strategie di intervento per il 1998/1999.”
tipo di attività: formazione, progettazione

E’ stato un anno nel quale, rispondendo a varie richieste, l’équipe si è resa disponibile per attività di sensibilizzazione e formazione a diversi livelli, con la volontà, e nello stesso tempo la necessità, di crescere, di camminare mettendosi continuamente in discussione. Impegnandoci nel conoscere sempre più profondamente la realtà del popolo rom, abbiamo comunicato le esperienze vissute, e le riflessioni da esse sorte, per maturare insieme una cultura diversa, più attenta e sensibile, più disponibile e più partecipe, per stimolare la ricerca comune di nuove politiche in cui tutti sono soggetti e contribuiscono, ciascuno secondo le proprie prerogative. Crediamo che bisognerà arrivare alla strutturazione di proposte definite sia di informazione che soprattutto di formazione degli operatori come servizio da offrire a i vari interlocutori che con noi lavorano per la salute del popolo Rom.

Il Prossimo Raggio

All’alba del terzo ed ultimo anno del progetto in convenzione con il Comune di Roma, ma non di certo ultimo nel nostro impegno con il popolo rom, ci sentiamo pronti per un cambio di strategia e di metodologia di intervento.

Per raggiungere gli obiettivi prefissati abbiamo deciso di affidare la responsabilità diretta del lavoro nei campi ai volontari, oramai sufficientemente ‘sperimentati’ e motivati che diverranno, sempre più i programmatori degli interventi specifici a seconda della realtà del campo in cui lavorano. Si punterà inoltre sul coinvolgimento del territorio (comunità ecclesiale e civile), come vera garanzia della continuità dell’intervento ed inoltre sul coinvolgimento degli zingari stessi, anche nella fase di progettazione degli interventi che li interessano.
Operativamente si sono costituiti:
- un Gruppo di Coordinamento, con le funzioni di:
  a. supervisione metodologica;
  b. livello strategico decisionale;
  c. coordinamento istituzionale con le Az. USL;
  d. appoggio logistico;
  e. formazione continua dei volontari;
  f. gestione/appoggio di situazioni straordinarie.

- Cinque Équipes di Campo, una per campo, ciascuna con un responsabile, con i seguenti compiti:

1° livello *minimo*: intervento sanitario che deve essere:
- non a domanda ma con ricerca attiva;
- con raccolta dati continua ed efficiente;
- politica dei farmaci essenziali;
- coinvolgimento dell'Azienda competente per territorio a livello operativo.

2° livello *da raggiungere nell'anno*: formulazione e messa in atto di progetti mirati sui problemi prioritari identificati;

3° livello *auspicabile:* coinvolgimento degli zingari del campo nella progettazione dell'intervento e nella operatività.

Ruolo del Responsabile di équipe:
- punto di riferimento per i volontari e per il Gruppo di Coordinamento;
- coordina l'operatività al campo;
- è responsabile della raccolta dati.

Concludendo?

Raccontando il nostro lavoro abbiamo qua e là evidenziato alcuni risultati ottenuti, in termini soprattutto di sensibilità ed attenzione intorno alla realtà ed ai bisogni dei nomadi che vivono nella nostra città.
Ma crediamo che il risultato più evidente sia che lavorare con gli Zingari ha cambiato il nostro modo di agire e forse anche un pò noi stessi. La frequentazione di un popolo in cammino ci ha insegnato ad essere una équipe in cammino, a non fermarci alle prime decisioni che sembravano giuste, a metterci sempre in discussione per entrare in dialogo con una cultura così misteriosa e così forte. Il nostro atteggiamento ed anche il nostro ruolo ha dovuto essere rivisto alla luce dell'incontro con persone che mettono al primo posto la relazione con gli altri, dove l'autorità non esiste, ma l'autorevolezza sì che si conquista giorno per giorno con un atteggiamento responsabile e con il rispetto per l'altro. Abbiamo dovuto abbandonare i nostri schemi e le nostre sicurezze: non basta accogliere noi loro, quasi che fossimo in una posizione di superiorità, ma dobbiamo imparare a farci accogliere da loro, che restano i veri protagonisti della loro vita e della loro storia.

Oggi, sono con noi sulla strada, lavorando, riflettendo, proponendo: Claudio Arzeni, Giovanni Baglio, Susanna Buffa, Francesca Corona, Suor Damiana, Domenico Di Lallo, Anna Di Rito, Fernanda Di Tullio, Gianvincenzo Forte, Maria Rita Ghera, Padre Giancarlo, Rita Leonori, Elisabetta Longo, Gianpaolo Martinelli, Tiziana Notarantonio, Arif Oryakhail, Lucia Piva, Gianni Pizzuti, Francesca Rocchi, Francesco Scarpino, Lina Siglienti, Morena Tafuro, Giulia Varrasso, ...

1. Metodi

E' stata adottata la metodica del Tine-Test, considerando come positive reazioni cutanee pomfoidi maggiori di 2 mm (3 livelli di gradazione) a distanza di 72 ore dall'esecuzione; in questo modo tutte le famiglie presenti nel campo sono state visitate almeno due volte (esecuzione del test e lettura).
Prima dell'esecuzione del Tine-Test veniva fornita una accurata e semplice spiegazione dei principi e delle finalità dell'esame, nonché delle modalità e dei tempi della lettura. Al momento della lettura veniva data adeguata spiegazione del risultato e degli eventuali accertamenti ulteriori da effettuare, ponendo particolare attenzione alla comprensione da parte dell'interlocutore. I Tine-Test utilizzati per l'indagine sono stati forniti dall'USL Rm/E nell'ambito di un progetto di collaborazione relativo alla valutazione del problema tubercolosi nel Campo Nomadi di via del Baiardo.
La popolazione studiata aveva le caratteristiche indicate dalla *Tabella 1*:

Tabella 1

	0-5	6-14	15-25	26-55	> 55	TOTALE
MASCHI	21	21	24	22	3	91
FEMMINE	19	28	25	35	2	109
TOTALE	40	49	49	57	5	200
%	**20**	**24,5**	**24,5**	**28,5**	**2,5**	**10**

2. Analisi statistica

I dati sono presentati come media ± SD per le variabili misurate su scale ad intervalli (età), come mediana e range per i dati ordinali (risposta del Tine Test, numero di conviventi per famiglia) e come frequenze per i dati nominali (luogo di nascita, sesso). In primo luogo é stata effettuata una analisi delle prevalenze delle singole classi studiate ed é stata applicata l'analisi delle tabelle di contingenza mediante il test del chi quadrato ovvero con il test esatto di Fisher. Quando opportuno é stato utilizzato il test del chi quadrato per l'analisi del trend lineare. Infine é stata utilizzata una analisi logistica ponendo come variabile dipendente l'esito del Tine-Test (neg=0; pos=1) e come variabili indipendenti i diversi fattori studiati. L'età é stata valutata sia come variabile continua sia creando delle "dummy variables" per varie classi di età (età x=15-25 anni; età y=26-55 anni; età z=maggiore di 55 anni).

3. Risultati

Il test é stato eseguito ad un totale di 153 persone su 200 abitanti il campo al momento dello studio, pari al 76,5% dei contattati. Delle 47 persone non testate 7 hanno rifiutato per la paura della puntura, 40 non erano presenti al campo al momento del test. L'assenso all'indagine da parte dei nuclei familiari é stato comunque altissimo; solo 1 famiglia ha rifiutato il test. Nella *Tabella 2* riportiamo i risultati dei tests letti: al valore 1 corrispondono i test negativi, 2 lieve reazione (+), 3 media reazione (++), 4 reazione francamente positiva (+++).

Tabella 2

risultato	totale	% totale
4	1	0,5
3	6	3
2	17	8,5
1	129	64,5
non eseguiti	47	23,5
	200	100

Il soggetto con risposta 4, ha applicato una pomata (Voltaren) per il prurito, che probabilmente ha scatenato una reazione di ipersensibilità locale. Dei soggetti con risposta 3, tre appartengono alla stessa famiglia in cui la madre presenta all'Rx torace un complesso primario calcificato, uno é stato trattato per tbc, uno é un soggetto sano con Rx torace negativo e l'ultima é un soggetto anziano (donna) con esiti specifici. I soggetti con risposta 2 sono 4 anziani, 7 adulti, 5 giovani ed 1 bambino: questi ultimi sono in corso di ulteriore valutazione diagnostica.
E' stata effettuata l'analisi delle prevalenze delle singole variabili studiate:
1. Associazione tra esito del Tine-Test ed età.
Sono state individuate 4 classi di età : A < 15 aa; B=16-25 aa; C=26-55 aa; D= > 55 aa. Nella *Tabella 3* é riportata la frequenza delle risposte al Tine Test, descritte come positive e negative, in rapporto alla classe di età.

Tabella 3

	A	B	C	D	tot
tt negativo	71	31	26	1	129
tt positivo	4	3	15	2	24
tot	75	34	41	3	153
Odds ratio	1,00	1,72	10,24	35,5	

Chi quadrato= 27,92; p<0,001

2. Associazione tra esito del tine-test ed ordine di nascita del soggetto (*Tabella 4).*

Tabella 4

	< 3° figlio	> 3° figlio	tot
tt negativo	22	1	23
tt positivo	66	5	71
tot	88	6	94

Fisher Exact test p=1,0000

3. Associazione tra numero di conviventi per nucleo familiare ed esito del Tine Test (*Tabella 5).*

Tabella 5

	2-3	4-5	6-7	8-10	tot
tt negativo	10	54	45	20	129
tt positivo	1	13	7	3	24
tot	11	67	52	23	153

Chi quadrato=1,38; p=0,7

4. Associazione tra esito del Tine Test e sede di nascita (Italia , Estero; *Tabella 6).*

Tabella 6

	Nati Italia	Nati Estero	tot
tt negativo	61	57	118
tt positivo	4	17	21
tot	65	74	139

Chi quadrato=7,63; p=0,006

5. Associazione tra esito del tine test e città di nascita (Roma, Fuori Roma; *Tabella 7)*

Tabella 7

	Roma	Fuori Roma	tot
tt negativo	27	79	106
tt positivo	0	20	20
tot	27	99	126

Fisher exact test p=0,007

Successivamente é stata compiuta una analisi di regressione logistica tra l'esito del Tine Test (variabile dipendente) e classe di età e sede di nascita (Italia o Estero) considerate variabili indipendenti (*Tabella 8).*

Tabella 8

	Odds Ratio (95% CI)	p
Età	2,9 (1,5-5,6)	0,0006
Italia/Estero	2 (0,4-11)	0,42

Creando delle “dummy variables” per le varie classi di età (x=15-25 anni; y=26-55 anni; z=maggiore di 55 anni) e ripetendo l’applicazione del modello logistico sono stati ottenuti i risultati mostrati nella *Tabella 9.*

Tabella 9

	Odds Ratio (95% CI)	p
Età x	3,97 (0,6-27)	0,16
Età y	28 (3-254)	0,003
Età z	106 (4-2600)	0,004
Italia/Estero	1,9 (0,3-12)	0,48

4. Discussione

Dai dati riportati appare evidente che il numero dei conviventi e l’ordine di nascita nella famiglia non sono variabili associate ad un’esito del tine-test positivo. L’età del soggetto é invece un fattore di notevole rilievo; infatti l’aumento dell’età é significativamente associato ad un notevole incremento del rischio di avere un Tine-Test positivo. Ciò é particolarmente vero nei soggetti tra 26 e 55 anni (Odds ratio=10,2) ed in quelli con età maggiore di 55 anni (Odds ratio=35,5). Inoltre l’essere nato in una nazione diversa da quella italiana, ed in particolare in una città diversa da Roma , sembrerebbe rappresentare un fattore di rischio di pregresso contatto con il bacillo di Koch.

Questa evidenza viene modificata dall’analisi logistica; infatti l’unico fattore significativo rimane l’età dei soggetti, ed in particolare l’età maggiore di 26 anni. Ciò potrebbe essere spiegato considerando che il nostro gruppo é stanziale in Italia da circa 15 anni per cui i soggetti a maggior rischio di pregressa esposizione al micobatterio sono quelli più anziani, i quali, per la maggior parte, sono nati all’estero.

5. Conclusioni

La popolazione nomade, per le condizioni igienico-ambientali in cui vive e per le particolari abitudini di vita, sembrerebbe costituire un gruppo ad alto rischio per la patologia tubercolare. In realtà non sono a noi noti studi epidemiologici sulla tubercolosi nelle popolazioni nomadi.

Nella nostra analisi, pur con il limite di un ridotto campione numerico, l’unico fattore di rischio evidenziato é risultato essere l’età dei soggetti, strettamente correlata al rischio di esposizione al bacillo di Koch, come d’altronde avviene anche nella popolazione generale; ciò ridimensiona pertanto un’idea comunemente accettata.

1. Metodi

Sono state raccolte informazioni su 83 bambini (0-14 anni) e 82 adulti, residenti nel campo di Tor di Quinto, nel periodo gennaio 97 - marzo 98. Per ciascun soggetto sono stati misurati il peso corporeo (con bilancia tipo Seca Optima 760 e bilancia pediatrica) e l'altezza. La raccolta dei dati è avvenuta nel corso di visite domiciliari successive, fino a raggiungere il maggior numero possibile di componenti della famiglia.

Per valutare lo stato di nutrizione sono stati usati i seguenti indici:

- per i bambini il rapporto peso/altezza (p/h), prendendo come riferimento le tavole del *National Center Health S(NCHS)*;
- per gli adulti il Body Mass Index (BMI), prendendo come riferimento le tavole di Frisancho;
- per il tipo di denutrizione nei bambini i rapporti peso/età (p/e) ed altezza/età (h/e), prendendo come riferimento le tavole di Frisancho.

E' stato deciso di considerare denutrito un individuo con un valore di BMI o p/h inferiore al 5° percentile, individuato nelle rispettive tavole di riferimento.

E' stato deciso di considerare obeso un individuo con un valore di BMI o p/h superiore al 95° percentile, individuato nelle rispettive tavole di riferimento.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il pacchetto informatico Epi Info versione 6.04. E' stato utilizzato il test del chi quadrato per l'analisi di trend lineari.

2. Risultati

La distribuzione per fasce d'età e per sesso della popolazione studiata sono presentate nella *Tabella 1.* La popolazione dei bambini è stata ripartita in classi d'età di ampiezza ridotta per seguire in modo più dettagliato l'andamento dello stato nutrizionale negli anni; per gli adulti la ripartizione ha tenuto conto delle fasi della vita sociale (adolescenti in età da matrimonio, giovani adulti, individui in fase di piena maturità, anziani). La fascia degli ultra quarantacinquenni, considerati anziani nella cultura zingara, include un solo ultra sesessantacinquenne.

Tabella 1

	Età	**Freq.**	**Maschi**		**Femmine**	
	(in anni)		*freq.*	*%*	*freq.*	*%*
	0-1	21	8	38	13	61.9
	2-3	17	10	58.8	7	41.1
Bambini	4-5	13	7	53.8	6	46.1
(0 -14 a.)	6-8	15	7	46.6	8	53.3
	9-11	10	7	70	3	30
	12-14	7	3	42.8	4	57.1
	0-14	*83*	*42*	*50.6*	*41*	*49.3*
	15-18	22	9	40.9	13	59
Adulti	19-30	23	9	39.1	14	60.8
(> 14 a.)	31-45	18	6	33.3	12	66.6
	>45	19	8	42.1	11	57.8
	>14	82	32	39	50	60.9

Stato nutrizionale dei bambini
Non è stato trovato alcun caso di denutrizione nei bambini al di sotto del secondo anno di vita. E' presente un'alta percentuale di denutriti nelle fascia d'età 2-5 anni, intorno al 30%. Si osserva poi un trend in diminuzione, fino alla scomparsa della condizione patologica nella fascia 12-14 (chi quadrato trend lineare: $p<0.01$). I risultati sono presentati in dettaglio nella Tabella 2. Dall'analisi degli indici p/e e h/e la denutrizione è risultata di tipo acuto e questo può spiegare il trend in diminuzione come progressivo recupero di una condizione acuta.
La condizione di obesità è invece risultata assente.

Tabella 2

Età (in anni)	*Casi denutriti*	*%*	*Totale*
0-1	0	0	21
2-3	5	29.4	17
4-5	3	23	13
6-8	1	6	15
9-11	3	30	10
12-14	0	0	7

Stato nutrizionale degli adulti
Nella fascia 15-18 anni si apprezza una condizione di normalità; per le fasce successive si è osservato un trend in aumento sia per la denutrizione che per l'obesità (chi quadrato trend lineare $p<0.05$) fino al 26.3% di denutrizione ed al 15.8% di obesità nella fascia >45 anni. (vedi Tabella 3) Gli squilibri nutrizionali negli adulti sembrano essere un problema prevalentemente maschile: la prevalenza della denutrizione fra i maschi è risultata del 15.6% contro il 8% delle donne, quella dell'obesità è del 12.5% per i maschi e del 4% per le donne.

Tabella 3

Età (in anni)	*Totale*	*Casi denutriti n°*	*%*	*Casi obesi n°*	*%*
15-18	22	0	0	0	0
19-30	23	2	8.7	1	4.3
31-45	18	2	11.1	2	11.1
>45	19	5	26.3	3	15.8

3. Discussione
Benché l'esiguità dei numeri non autorizzi a trarre conclusioni sullo stato nutrizionale della popolazione nomade, è tuttavia possibile avanzare alcune ipotesi che potranno essere oggetto di ulteriori verifiche.
A proposito della fascia d'età 0-14, i dati sulla malnutrizione in nostro pos-

sesso evidenziano un andamento bifasico. Nel periodo dell'allattamento e oltre, fino a tutto il primo anno di vita, non si registrano casi di denutrizione; un brusco aumento si verifica a partire dal secondo anno di vita. Cosa accade in quest'epoca dello sviluppo del bambino?

Alcune spiegazioni possibili si richiamano allo stile di vita dei nomadi e soprattutto alla struttura e alle dimensioni delle loro famiglie: per una donna zingara la probabilità di avere gravidanze ravvicinate è alta e dunque l'eventualità che le attenzioni materne siano distolte dal bambino di due-tre anni in seguito alla nascita di un altro figlio rende la malnutrizione una condizione 'sociale' quasi inevitabile. Inoltre, i bambini che sono in grado di camminare e quindi di uscire dalle baracche, sono esposti a maggior rischio di infezioni e a conseguente debilitazione.

Il progressivo recupero della denutrizione, fino allo stato di piena normalità intorno ai 12-13 anni, depone peraltro per un problema di tipo acuto.

Per quanto riguarda gli adulti, il quadro appare meno delineato. Risultano maggiormente a rischio di scompenso nutrizionale (verso l'obesità o la malnutrizione) gli anziani (> 45 anni) soprattutto maschi. Una spiegazione possibile è legata alle abitudini di vita tipiche degli uomini, notoriamente più dediti all'alcool rispetto alle donne e probabilmente più a rischio di disturbi della sfera psichica, in grado di interferire con la dieta.

La promozione della salute degli Zingari a Milano

Resoconto dell'esperienza dell'Associazione Naga
a cura di Italo Siena, Tullio Cottatellucci, Lia Bandera

L'Associazione Naga

Il Naga, associazione volontaria per l'assistenza socio-sanitaria a stranieri e nomadi, è sorta a Milano nel 1987 con lo scopo di promuovere l'impegno umano dei cittadini democratici senza alcuna discriminazione di razza, religione, partito, al fine di stimolare attività di carattere socio-assistenziale nei confronti di stranieri e Zingari bisognevoli.
L'attività dell'associazione si articola su vari filoni:

- fornire assistenza socio-sanitaria gratuita a stranieri e Zingari che non possono accedere al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con un servizio ambulatoriale e con la copertura di alcuni campi Zingari;
- fornire assistenza farmacologica gratuita, servizio di supporto logistico a pazienti non autosufficienti per problemi linguistici, culturali o fisici e di assistenza mantenendo contatti con i servizi territoriali per segnalare situazioni di rischio;
- far emergere i bisogni di salute ancora sommersi di queste popolazioni informando e denunciando all'opinione pubblica la situazione socio-sanitaria di immigrati e Zingari; stimolare l'interesse ed il corretto impegno degli operatori socio-sanitari; sollecitare le autorità pubbliche perché affrontino e si facciano carico in modo completo ed efficace del problema nel rispetto delle specificità;
- promuovere soluzioni al problema individuando interventi mirati per affrontare problemi specifici sia sanitari che sociali e culturali;
- stimolare l'interesse e la conoscenza corretta del problema attivando un centro di documentazione ed attività di formazione;
- intervenire nelle situazioni più a rischio e meno protette: carcere-prostituzione con un intervento di segretariato sociale o con interventi di educazione sanitaria.

Molti riferimenti all'esperienza, osservazioni e risultati degli studi realizzati dal Naga sono anche riportati o citati in altre parti di questo volume. Sono stati quindi omessi lì dove avrebbero costituito una inutile ripetizione.

La situazione degli Zingari a Milano

A Milano, secondo un censimento condotto nell'ottobre 1993 dal Settore Igiene Sanità Emarginazione del Comune di Milano, sono presenti circa 1.900 Zingari; di essi 750 sono cittadini italiani, per lo più residenti a Milano e stanziali mentre i restanti 1.150 sono stranieri solo in minima parte in regola con le norme sul permesso di soggiorno.
I campi autorizzati sono quattro e ospitano 470 persone che sono stanziali, in regola con la residenza, il permesso di soggiorno, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale etc. 240 Zingari vivono su aree di proprietà privata (di loro proprietà o in affitto); 260 persone vivono in campi tollerati mentre 940 persone vivono in luoghi di sosta abusivi da cui vengono periodicamente sgomberati.
Tutti gli insediamenti degli Zingari sono situati in periferia, spesso ai margini di svincoli autostradali o ferroviari o vicini a discariche.
Per quanto riguarda il nomadismo il 52% degli Zingari ha abbandonato il nomadismo, il 15% è semi-nomade e solo il 33% mantiene una vita nomade.
Non abbiamo dati precisi ma possiamo stimare che solo il 50% degli Zingari milanesi sia in regola con il permesso di soggiorno e con l'iscrizione al SSN .
La maggior parte degli Zingari vive in roulotte, circa il 5% possiede un camper mentre il 20% circa vive in baracche in legno o muratura per lo più abusive.
Solo nel 30% dei casi queste abitazioni sono fornite di acqua corrente e solo nel 5% di servizi igienici, mentre nella metà dei casi hanno gas o corrente elettrica.
Un terzo della popolazione zingara non sa leggere né scrivere e solo metà dei bambini frequentano la scuola dell'obbligo.
Infine per quanto riguarda le etnie, a Milano sono presenti in ordine di consistenza numerica Harvati, Kanjaria, Kalderas, Sinti abbruzzesi, Korakané e Camminanti siciliani.
Al di là di singole persone che svolgono un lavoro spesso nascosto di volontariato nei campi nomadi, l'unica associazione presente sui campi autorizzati é l'Opera Nomadi che fino al 1995 garantiva la presenza di un coordinatore con funzione di sostegno alla interazione tra Zingari e gagé anche in campo sanitario. Dal 1995 purtroppo per mancanza di fondi é venuta meno questa risorsa ed é stata solo in parte sostituita da alcuni coordinatori zingari.
A livello di inserimento nel contesto sociale (scuola, lavoro, salute) gli Zingari residenti nei campi autorizzati fanno registrare alcune buone esperienze soprattutto in campo scolastico; gli Zingari abusivi sono invece molto emarginati.
Non esiste a Milano un tavolo di coordinamento degli operatori del pubblico e del volontariato che lavorano nei campi (ad eccezione di un coordinamento per la scuola promosso dal Provveditorato).

L'intervento

L'attività sanitaria del Naga a favore degli Zingari nasce nel 1987 da un medico di base che tra i suoi assistiti ha alcuni abitanti del vicino campo nomadi e che avverte la necessità di andare al campo per capire meglio le loro condizioni di vita, le categorie culturali e le relazioni di clan oltre che per instaurare con loro un rapporto di conoscenza e fiducia.
A lui si affiancano alcuni volontari e inizia così la regolare attività sanitaria in due campi abitati da Zingari in regola col permesso di soggiorno e l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.
In questa prima fase il nostro interesse é rivolto a conoscere queste persone, guadagnare la loro fiducia e contestualizzare le malattie che via via portano alla nostra attenzione di medici.
Questa prima fase di ricerca trova terreno fertile nel gruppo di Rom Lovara che abitano uno dei due campi: sono circa 200 persone di religione pentecostale, molto uniti, dediti ancora al nomadismo tra Italia, Francia e Spagna con grossi problemi sanitari di tipo cardiovascolare (praticamente tutti obesi, ipertesi e fumatori).
Nei campi (nel frattempo una pediatra ha iniziato a lavorare su un terzo campo) i volontari si appoggiano a piccole roulotte adibite ad ambulatorio che però ben presto vengono abbandonate (quasi sempre perché danneggiate dagli stessi bambini dei campi) e si passa a visitare chi ha bisogno nella sua roulotte.
E' questa la fase in cui ci cimentiamo con i problemi di accessibilità culturale e di cura delle patologie croniche: tutti gli Zingari che visitiamo sono iscritti al SSN eppure praticamente nessuno ne fruisce; é di tutti i giorni l'osservazione di conflittualità tra Zingari e operatori sanitari, di incomprensioni e comunque di scarsa compliance degli zingari alle terapie.
Anche noi che pure poco a poco siamo diventati amici e che andiamo al campo spesso ci scontriamo con questi problemi.
Nasce così l'idea di studiare e capire più a fondo queste problematiche andando a seguire e ricostruire i percorsi sanitari che portano lo Zingaro dalla emergenza, alla percezione, alla espressione fino alla soddisfazione del bisogno di salute.
Per un anno vengono coinvolti un medico ed un antropologo in questa ricerca ("I percorsi sanitari degli Zingari. Indagine conoscitiva nell'ambito milanese") finanziata dalla Regione Lombardia consistente essenzialmente nell'intervista a zingari ed operatori sanitari di cui parleremo più avanti.
Nello stesso tempo alcuni di noi premono per estendere il nostro lavoro anche agli Zingari irregolari, privi dell'assistenza sanitaria che per lo più vivono in condizioni di grande miseria ed emarginazione.
Dopo alcuni contatti con la Caritas di Roma che già lavora così, anche noi ci dotiamo di un camper attrezzato ad ambulatorio mobile ed iniziamo a visitare i campi abusivi.
L'équipe composta da un medico generico, un pediatra e talora un ginecologo

visita ogni due settimane un campo di circa 200 persone; é un grosso cambio nel tipo di lavoro: qui siamo letteralmente presi d'assalto, vediamo 20-30 persone ogni volta in prevalenza per patologie acute e patologie pediatriche.
Poco a poco prende corpo una nuova ricerca "Studio sulla morbilità della popolazione Rom dell'area milanese" che da un lato analizza le patologie portate al nostro ambulatorio mobile e dall'altro consiste in uno studio prospettico di un anno sul ricovero ospedaliero dei bambini rom in tutti gli ospedali dell'area milanese.
Questo progetto, oltre ad un grosso contributo conoscitivo, ci porta a sperimentare nella pratica un nuovo modo di lavorare: recandoci settimanalmente negli ospedali per intervistare i pediatri in merito ai ricoveri di bambini zingari sorge spontaneo collaborare con loro ricercando il modo migliore per seguire il bambino al suo rientro al campo, per garantire compliance alla terapia o all'eventuale follow up ospedaliero.
Allo stesso tempo sono anche i coordinatori di campo che spesso ci chiamano nei campi (anche quelli dove non ci rechiamo abitualmente) per visitare pazienti magari anziani molto malati che non vogliono curarsi.
Proseguiamo intanto il nostro lavoro (più di consiglio ed educazione sanitaria nei campi autorizzati, più di attività clinica in quelli abusivi) ma ci accorgiamo che ci mancano le forze per affrontare e cercare di risolvere le situazioni difficili che spesso il lavoro sul campo ci porta ad evidenziare.
Ci sentiamo un po' prigionieri di un paradosso: quando andiamo nei campi come volontari spendiamo quasi tutto il nostro tempo nella cura di patologie acute che bene o male troverebbero comunque una soluzione magari in Pronto Soccorso. Questa presenza sui campi produce due risultati: da un lato offre una risposta sanitaria precoce e valida a problemi sanitari acuti, dall'altro produce un risultato ancora più importante: mette a disposizione dello Zingaro degli operatori sanitari che lo conoscono, di cui si può fidare e ai quali può sottoporre problemi sanitari gravi per i quali non trova soluzione.
Il paradosso di cui dicevamo poco sopra è questo: quando finalmente ci viene sottoposto un problema di questo tipo per la cui soluzione noi siamo la risorsa ideale, spesso siamo costretti a tirarci indietro per mancanza di tempo e di risorse.
In pratica si tratterebbe di disporre di operatori retribuiti, conosciuti e stimati dagli Zingari (eventualmente gli stessi volontari che già lavorano nei campi), da attivare in tempi rapidi per la soluzione di queste situazioni.
Cerchiamo di uscire da questa impasse mettendo a punto il "progetto telefono Rom" un servizio di mediazione tra gli Zingari ed i servizi sanitari.
Questo progetto, che é stato presentato alla Regione Lombardia ma non é stato finanziato, ci sembra interessante perché propone una metodologia di lavoro sanitario con gli Zingari in cui noi tuttora crediamo molto.
A livello operativo il progetto prevedeva:
- un centralino che riceve le richieste di intervento dai coordinatori di

campo o dai servizi sanitari oltre che ovviamente dai volontari del Naga (non è previsto che la richiesta provenga dai pazienti stessi);
- un'équipe sanitaria che si attiva recandosi tanto nei campi quanto presso i servizi sanitari.

Preliminarmente al progetto erano previste diverse azioni specifiche:
- la formazione dei coordinatori di campo su alcuni temi specifici sanitari;
- la realizzazione di un libretto sanitario individuale che segua il paziente in tutti i suoi percorsi sanitari;
- la divulgazione dell'iniziativa tra i servizi sanitari.

Per quanto riguarda la metodologia dell'intervento, visto l'obiettivo di facilitare l'interazione tra Zingari e servizi sanitari e non sostituirsi ad essi, non intendiamo offrire una prestazione sanitaria vera e propria nè vogliamo offrire ai pazienti la possibilità di richiedere direttamente l'intervento; tantomeno è ovvio, offriremmo un servizio di pronto soccorso.
Fra le richieste di intervento pervenute si opererà una selezione e ci si attiverà per quelle più rilevanti e più consone alle finalità del progetto.
Si prevede infine che i cinque coordinatori di campo dispongano di 5 ore alla settimana per collaborare in modo specifico a questo progetto; il loro ruolo sarà sia quello di mediatori sanitari all'interno dei loro campi che di referenti nostri qualora ci sia la necessità di attivare l'intervento del progetto.
A supporto della nostra attività di ricerca sulle metodologie di approccio ai problemi sanitari degli Zingari abbiamo anche realizzato una ricerca bibliografica su riviste di taglio medico e sociologico che ci ha permesso di individuare alcune decine di articoli scientifici nazionali e internazionali.
Infine nel luglio 1995 abbiamo organizzato a Milano un incontro tra operatori che lavorano in Italia per la salute degli Zingari; questo incontro ha gettato le basi per alcune successive collaborazioni ed ha anche portato alla elaborazione dell'"anagrafe dei gruppi italiani impegnati nell'assistenza sanitaria ai Rom".
Attualmente continuiamo a lavorare con il camper nei campi abusivi pur con una grossa carenza di risorse umane; lo scopo é quello di offrire comunque un'assistenza sanitaria e mantenere una continuità di rapporto nella speranza di poter attivare il "progetto telefono Rom".

Metodologia di lavoro

Un caposaldo della nostra associazione é lavorare perché l'assistenza sanitaria sia un diritto di tutti ed in particolare perché gli Zingari possano fruire di adeguata assistenza sanitaria da parte delle strutture pubbliche.
Questo obiettivo incontra due generi di ostacolo: da un lato la mancanza di accesso per gli irregolari privi di permesso di soggiorno e di iscrizione al SSN (per i bambini e le gravide la nuova legge prevede alcuni importanti passi avanti), dall'altro l'ostacolo più vero che é la ridotta accessibilità dei servizi.
Per tale motivo in questi dieci anni di attività sanitaria nei campi non abbia-

mo mai perso di vista che il nostro intervento, anche quando era prettamente clinico, doveva servire per aprire una strada, per conquistare la fiducia, per mostrare i possibili benefici della cura e della prevenzione.
Ed allo stesso tempo abbiamo sempre avuto come obiettivo quello di sensibilizzare e formare gli operatori sanitari.
Quando era possibile abbiamo sempre evitato di sostituirci al SSN.
Un grosso sostegno alla nostra attività di ricerca è venuto dalla positiva collaborazione con la Regione Lombardia che ha finanziato le seguenti iniziative:
- Progetto sperimentale socio-assistenziale rivolto alle popolazioni nomadi di età compresa tra 0 e 14 anni, agosto 1991.
- I percorsi sanitari degli Zingari. Indagine conoscitiva nell'ambito milanese, gennaio 1995.
- Studio sulla morbilita' della popolazione Rom dell'area milanese, maggio 1996.
- Anagrafe dei gruppi italiani impegnati nell'assistenza sanitaria ai Rom, ottobre 1996.

Le relazioni finali di queste ricerche sono disponibili per chi fosse interessato.

Risultati

Al di là del lavoro clinico svolto e delle relazioni umane instaurate con molti Zingari che certamente ci hanno arricchito reciprocamente, in questi anni abbiamo lavorato molto sull'individuazione di un metodo di approccio sanitario agli Zingari e pensiamo che il "progetto telefono Rom" sia un buon risultato.
Altri risultati sono le ricerche svolte i cui dati ed osservazioni più significative sono ampiamente riportate nel testo della presente pubblicazione..
Una stima della morbilità degli Zingari presenti in un campo abusivo si può avere osservando la tipologia dei problemi presentati al nostro ambulatorio mobile nel corso di un anno riportata nella tabella presentata nel capitolo dedicato specificatamente ai dati sanitari.

Più che presentare i risultati si potrebbero avanzare ipotesi di ricerca/intervento per il futuro:
1) Nell'impossibilità di monitorare l'evoluzione in termini di incidenza/prevalenza di determinate patologie (visto che il numero di abitanti appartenenti alla popolazione zingara di un territorio, denominatore dei tassi di prevalenza o incidenza, oltre che ignoto é anche variabile nel tempo) utile sarebbe l'individuazione di problemi/patologie "traccianti" rispetto alle quali verificare l'efficacia di interventi mirati a creare aree di continuità tra l'ospedale e il territorio.
2) I dati ottenuti hanno permesso di identificare alcune situazioni a rischio 'socio-sanitario'. In particolare la 'non vaccinazione' dei bambini deve essere guardata con particolare interesse in quanto 'tracciante' di un non-acces-

so ai servizi, al di là del ruolo specifico della vaccinazione, nella politica sanitaria del paese. In altri termini il problema non è, o non esclusivamente la vaccinazione ma il significato che essa rappresenta.

3) Per quanto riguarda gli aspetti culturali è risaputo che in Italia è ben consolidato lo stereotipo negativo dello Zingaro ed il personale sanitario non ne è esente. Questo gioca un ruolo rilevante nel determinare il successo dell'incontro e la relazione che si instaura fra operatore e utente Zingaro.

Nell'immaginario lo Zingaro è colui che "porta i figli a svernare in ospedale, li abbandona in reparto non garantendo un'assistenza, li lascia in ospedale dopo la dimissione, è sporco, ruba, disturba, maltratta i figli"

La ricerca condotta, e ripresa ampiamente all'interno di questo volume, ci ha permesso di declinare con maggiore precisione una serie di fattori che ostacolano il successo dell'incontro bisogno di salute-offerta dei servizi nella popolazione zingara.

E' importante sottolineare che l'incontro domanda-offerta non si esaurisce con un'interazione semplice fra i due soggetti che interagiscono, ma comprende variabili culturali, sociali e strutturali che insistono su entrambi condizionando l'esito dell'incontro.

Lo sforzo è stato quello di fornire una doppia lettura dello stesso fenomeno:

- quello dello Zingaro che ovviamente è più incentrato sullo 'star bene';
- quello dell'operatore con un bias di osservazione più incentrato sui 'problemi' e sulle loro risoluzioni.

A questo punto possono essere avanzati alcuni spunti per delle conclusioni e delle proposte.

1) Quale definizione di *Zingaro*?

E' proprio da qui che ci sembra importante ripartire: chi è lo Zingaro? Come si vive e come è vissuto? Quale modello di interazione è possibile?

Gli Zingari sono un 'popolo altro' che vive ai margini della nostra società in una condizione di grave povertà ed emarginazione ma orgogliosi e gelosi di una loro diversità; attraversano inoltre una profonda crisi di identità divisi tra il nomadismo sempre più difficile ed il tentativo di inserirsi nella nostra società.

Ma quale è la collocazione di questo gruppo nella nostra società?

Viene vissuto quasi esclusivamente come 'problema', spesso solo di ordine pubblico, un popolo alla deriva, irrecuperabile, in una situazione di 'iperghetto' simile a quella descritta per il ghetto nero negli Stati Uniti, in una condizione di 'segregazione totale'.

"Non si può quindi parlare di cultura o di comunità, ma solo di esclusione economica, incapacità degli abitanti di mobilitare risorse che assicurino anche se a pochi una possibilità di mobilità ascendente nella società.... Iperghetto è assenza di attività al di fuori delle gang, è una giungla in cui regna violenza ed esclusione sociale ed economica...."

Sembra che per questa minoranza etnica presente da secoli non vengano poste alternative di interazione: o ghettizzazione o assimilazione e certo la prima prevale sulla seconda.
La stessa collocazione spaziale dei campi sul territorio cittadino indica questa condizione di 'segregazione totale' nei confronti degli Zingari.
Non si ritengono portatori di una cultura e di valori ma di una 'sottocultura' che non incuriosisce e dalla quale bisogna tenere le distanze.
La nostra opinione in proposito è che la cultura non sia qualcosa di statico ma evolva e si rimodelli anche in base all'incontro-scontro con la società maggioritaria. E' una partita che coinvolge volenti o nolenti tutti i soggetti in gioco il cui esito è incerto e dipende dalle opportunità messe in campo. La de-responsabilizzazione di singoli o istituzioni non è ammessa: è di fatto una chiusura che conta negativamente.

2) Un gruppo svantaggiato da privilegiare.
Le precarie condizioni economiche, sociali, abitative in cui vivono hanno effetti ingenti sullo stato di salute che è molto scadente.
A fronte di questo precario stato di salute però gli Zingari non si curano: nella maggior parte dei casi non sono nelle condizioni di poter soddisfare i loro bisogni sanitari: non hanno la percezione di alcune patologie spesso quelle croniche, non hanno a disposizione alternative alla medicina occidentale per curare le malattie, l'accessibilità del SSN è per loro molto bassa ed inoltre molto spesso dall'incontro col SSN non deriva la corretta presa in carico del loro problema ed il suo soddisfacimento.
Gli Zingari hanno quindi tutte le caratteristiche per essere considerati un gruppo svantaggiato nei confronti della salute, da privilegiare per garantire equità.
Esiste inoltre uno scarto fra ciò che lo Zingaro percepisce come bisogno di salute e la risposta pre-codificata dei servizi. E' quindi necessario che i servizi rimodellino il loro intervento per inserire anche questi bisogni percepiti ed espressi.
La situazione è quella di una redistribuzione negativa delle risorse esistenti per cui gli Zingari, verso i quali dovrebbero essere riservati i maggiori privilegi, si trovano di fatto esclusi. L'esclusione avviene a vari livelli. Il primo livello è quello giuridico-amministrativo per l'impossibilità di iscrizione al SSN. Un secondo livello è legato alle difficoltà di tipo strutturale: le regole organizzative (orari, tempi di attesa, percorsi burocratici, problemi linguistici e dipendenti dalla bassa o nulla scolarizzazione) costituiscono ostacoli da rimuovere per garantire l'accessibilità.
Un altro livello è costituito dallo scarto di coerenza fra bisogno percepito e risposta data. Si assiste ad un progressivo irrigidimento dei servizi che hanno consolidato metodi e risposte pre-codificate rapportate unicamente ad una specifica tipologia di bisogno e di utenza. Questo porta ad un 'non-senso' del servizio rispetto alla domanda ed ad una sua delegittimazione.
In questa situazione i pronto soccorsi ed i servizi del privato sociale (in questo

includendo anche tutti gli operatori che a titolo personale si attivano 'volontaristicamente') sembrano rimanere gli unici raccoglitori, nonostante la precarietà, frammentarietà, parzialità dell'intervento, della domanda di salute espressa da una popolazione in cui l'esclusione dai servizi si somma alla marginalità sociale e la conferma.
Bisogna comunque sottolineare che questo non significa sempre un disinteresse o un non investimento delle risorse ma un investimento di risorse ed energie per il raggiungimento di obiettivi 'falsi', incoerenti rispetto al bisogno espresso o non avvertiti come prioritari dalla popolazione.
E' quindi indispensabile rimettere al centro del proprio intervento il 'vero' soggetto di cura rimuovendo le rigidità culturali e strutturali dei servizi.

3) Assistenza o 'presa in carico' versus cura.
Troppo spesso l'interazione operatore-Zingaro si risolve nella risposta ad una emergenza. Cosa succederebbe se alla cura del sintomo si sostituisse la presa in carico globale del 'problema' e del 'soggetto'?
Mai come in questo contesto è infatti necessario prevedere un intervento coordinato dei diversi settori e un'integrazione reale fra l'intervento sociale e sanitario, essendo l'esito di quest'ultimo fortemente condizionato dalle condizioni sociali, economiche e relazionali del gruppo.
Allora cosa succederebbe se:
questi soggetti da sempre abituati ad essere tollerati, sopportati, venissero accolti e presi in carico?
se venissero loro fornito il latte in consultorio? i farmaci in ambulatorio?
se si creasse un centro medico all'interno del campo?
se l'ospedale inventasse un medico pediatra che per due ore la settimana andasse al campo a vedere il bambino che ha seguito in ospedale per garantire una continuità della cura ed il passaggio in carico al medico del consultorio?
Il nostro sguardo teme e mistifica a volte il rischio di ghettizzazione, ma si può pensare ad una ghettizzazione ancora maggiore dell'iperghetto e alla segregazione totale già esistente nei confronti degli Zingari?
Allora cosa succederebbe se una volta ci si dimenticasse dei ruoli che qualcuno ha definito in base ad astratti criteri e valutazioni e si ponesse al centro dell'intervento il vero obiettivo del "far salute"?

4) L'interazione possibile
Indubbiamente gli Zingari sono pazienti portatori di una specificità che è culturale, è socio-economica, riguarda le condizioni abitative: non si possono trattare gli Zingari come gli altri pazienti.
Spesso però questa specificità viene enfatizzata, se ne riconosce solo la componente culturale e serve da alibi per gli operatori sanitari che possono così spiegare i motivi di un loro fallimento, oppure serve da alibi per non fare il proprio dovere: su quale base ad esempio un medico di base da noi intervistato ha

potuto decidere che lui per i suoi pazienti Zingari non fa visite domiciliari?
Perché i servizi di igiene non intervengono per promuovere condizioni igieniche migliori per lo meno nei campi abitati da Zingari cittadini italiani?
Tenere conto della specificità dell'individuo non è forse un compito del medico di fronte a qualunque paziente?
Ci sembra illuminante leggere quello che scrive un geriatra: "La posizione diseguale delle persone *anziane* nella cura medica può essere illustrata con molti esempi quotidiani. Il personale del servizio sanitario pubblico e il medico di famiglia hanno una conoscenza insufficiente dei problemi degli *anziani*. Inoltre un paziente *anziano* chiede molto tempo al medico di famiglia... Le prescrizioni di farmaci, il modo di assunzione e di distribuzione dei farmaci non tengono conto degli *anziani*... Gli specialisti non hanno tempo sufficiente per le reazioni più lente dell'*anziano*... La struttura funzionale degli ospedali non è funzionale per gli *anziani*. Questo vale anche per i poliambulatori degli ospedali generali. É tutto troppo complicato e va troppo rapidamente... Le possibilità di riferimento non sono sufficienti o non vengono usate".
Proviamo ora a leggere questa frase sostituendo al termine *anziano* quello di Zingaro.
Allora forse per una buona assistenza sanitaria agli Zingari basterebbe un pò di tempo e disponibilità ad instaurare un rapporto umano autentico e paritario?
Abbiamo potuto incontrare operatori di servizi sanitari di vario livello che nell'ambito del loro lavoro (e non nell'ambito di un progetto di volontariato) con gli Zingari hanno un rapporto buono ed ottengono buoni risultati.
Abbiamo incontrato esperienze positive a tutti i livelli del SSN: consultori, medici di base, medici ospedalieri; abbiamo saputo di Zingari che chiedono le vaccinazioni per i propri figli, Zingari che affrontano interventi chirurgici, che curano patologie croniche.
Se è vero che esistono differenze tra i diversi gruppi di Zingari (e che le esperienza più positive riguardano per lo più i gruppi Zingari maggiormente inseriti nella nostra società) si può affermare che un buon rapporto medico paziente è una cosa da perseguire con qualunque paziente anche se Zingaro e che solo da qui si può costruire qualcosa di positivo nel campo dell'assistenza sanitaria.
Sono proprio le difficoltà del rapporto medico gagé-paziente Zingaro, forse il rapporto più ravvicinato che hanno tra loro uno Zingaro e un gagé, la principale causa delle difficoltà di incontro tra pazienti Zingari e SSN.
D'altra parte solo a partire da un buon rapporto medico paziente si può attuare una vera presa in carico del malato, si può ottenere la fiducia del paziente e la compliance con la terapia, si può fare educazione sanitaria e medicina preventiva, si può avere un rapporto paritario evitando l'assistenzialismo (che porta poi gli Zingari a pretendere di avere tutto senza nessuno sforzo).

Alcune proposte:

• interventi formativi nei confronti degli operatori socio-sanitari circa le condizioni e la cultura di questa minoranza etnica; l'obiettivo è di eliminare le spiegazioni stereotipate ed include l'eliminazione dell'abitudine dell'operatore ad attribuire gli atteggiamenti, il comportamento ed i problemi di tutti i pazienti ad un fattore culturale anzichè considerarli anche come conseguenze del nomadismo, della posizione sociale, della storia di salute, di fattori di rischio e di modelli di interazione nella cura medica.
• rimodellare la struttura dei servizi in modo tale da garantire l'assistenza a questa minoranza etnica partendo dalla risposta ai bisogni di salute realmente percepiti ed espressi da questi soggetti. In questo senso si può ipotizzare:
- estensione dell'intervento dei consultori pediatrici (o meglio dei pediatri di comunità) anche al versante 'cura', da affiancare al settore prevenzione e diagnosi precoce;
- reale integrazione fra servizi sociali e sanitari in modo tale da garantire a questi ultimi di intervenire in modo completo (in particolare in riferimento all'eventuale possibilità di regolarizzazione e iscrizione al SSN; fornitura dei presidi e farmaci necessari per la cura: esempi di questo genere in Italia non ne mancano e si sono anche dimostrati positivi, basti pensare alla storia dei presidi antitubercolari prima dell'istituzione del SSN);
- creare canali di comunicazione mediante strategie di avvicinamento. In questo senso potrebbero essere da un lato potenziate le figure di coordinatore di campo e dall'altro strutturata la possibilità per gli operatori dei servizi di uscire dalle loro 'mura' e svolgere interventi continuativi e coordinati all'interno del campo con la partecipazione delle diverse figure professionali (assistenti sanitarie e sociali, medici, infermieri....);
• sperimentare interventi nuovi che possono andare dalla figura del 'medico di campo' con funzioni di medicina comunitaria all'istituzione di un centralino per l'intervento in situazioni particolarmente rilevanti dal punto di vista sanitario (passaggio al momento della dimissione, gestione di casi difficili, supervisione di trattamenti cronici, ...);
• sperimentazione di una cartella clinica personale che accompagna lo Zingaro nel suo percorso e sulla quale devono essere riportati tutti gli eventi importanti della storia clinica di un soggetto.

Osservazioni conclusive

Spesso notiamo che entrare in un campo nomadi é un pò come entrare in un villaggio di un Paese in Via di Sviluppo:

- non puoi trasferire tale e quale il tuo modello di salute;
- lo stato di salute e l'accessibilità ai servizi sanitari sono fortemente condizionati dalla situazione igienica economica e sociale;
- ci sono problemi di lingua, di cultura.

Lavorare in salute con gli Zingari é difficile anche perché serve un grosso cambio di mentalità:

- bisogna superare un pregiudizio negativo reciproco;
- ti relazioni con un paziente inserito in un gruppo;
- non viene riconosciuta la tua autorità e vieni messo alla prova.

Queste difficoltà spiegano a nostro parere perché é così difficile trovare nuovi volontari e come mai c'é un elevato burn-out tra gli operatori sanitari (volontari e non) che lavorano con gli Zingari.

Che cosa ha permesso alla nostra associazione ed a molti di noi di lavorare con gli Zingari da ormai dieci anni?

Tra le cose che ci hanno aiutato é stato importante lavorare in équipe, costruire con loro un rapporto di fiducia, affiancare al lavoro clinico una componente di ricerca e di verifica costante del metodo di lavoro, il contatto con persone ben introdotte nei campi e infine confronto con altri gruppi italiani impegnati in questo lavoro.

Gli Zingari: organizzazione di percorsi socio-sanitari

nell'ambito materno infantile nell'Azienda USL di Forlì

di Laura Gaspari
Azienda USL di Forlì

Il Comune di Forlì (110.000 abitanti), comune capoluogo nel territorio dell'Azienda USL (Az. USL) che ha un bacino d'utenza di 170.000 abitanti, da diversi anni promuove politiche attive per favorire l'integrazione sociale di gruppi Rom nel proprio territorio, nel rispetto della L.R. 23.11.1988 n° 47 (*Norme per le minoranze nomadi in Emilia Romagna*) e della delibera della Giunta Regionale del 19.9.1998 n° *3356 (Linee di indirizzo per la programmazione e la realizzazione di aree per i nomadi*).

Fase iniziale di intervento sui nomadi

Un primo gruppo nomade, proveniente dalla ex Jugoslavia (circa 40 persone) sostò dal 1989 al 1990 in un'area non autorizzata della zona industriale del Comune di Forlì. L'intervento degli operatori sanitari, ed in particolare della Pediatria di Comunità, si rese necessario nella gestione di una situazione di emergenza: 2 bambini non scolarizzati furono ricoverati in ospedale per epatite acuta di tipo A; tale episodio suscitò molto allarme nella popolazione al punto che, in collaborazione con il servizio di Igiene Pubblica della Az. USL, fu deciso di attuare una sorveglianza sanitaria periodica sul gruppo nomade e di eseguire accertamenti in laboratorio sui bambini presenti al campo, oltre ad una verifica dell'approvvigionamento idrico.
Dagli accertamenti di laboratorio eseguiti su 21 bambini, risultò che 6 erano HbsAg positivi, con valori delle transaminasi alterati.
Questi risultati trovano conferma in altri studi compiuti su tale popolazione; circa le ipotesi sulle possibili fonti di contagio, non ci è stato possibile verificare la situazione sierologica delle due madri dei bambini positivi.
Tuttavia, tali risultati ci indussero a vaccinare per l'epatite B tutti i bambini presenti al campo. Tale gruppo nomade, in seguito a gravi conflitti sorti fra i vari gruppi familiari, lasciò il campo di Forlì alla fine del 1990 e non vi è più tornato.
Dal 1991, un altro gruppo nomade proveniente dalla ex Jugoslavia, presente in Italia da diversi anni e costituito da 5 nuclei familiari legati tra loro da vincoli di parentela, ha sostato temporaneamente nel comune di Forlì in aree non attrezza-

te. Da quattro anni a questa parte, il Comune di Forlì ha concesso al gruppo di sostare in un'area cortilizia di una casa colonica disabitata, messa a disposizione in attesa della realizzazione di una adeguata area di sosta. Tale area è stata fornita di acqua corrente, luce, servizi igienici e docce in un unico blocco.
Inizialmente, è stata posta come condizione necessaria alla sosta l'impegno da parte dei genitori dei bambini di età scolare di assolvere all'obbligo scolastico. Dal 1996, con un'ordinanza del Sindaco sottoscritta dalle famiglie rom, sono state stabilite le condizioni minime per la permanenza al campo; si fa richiamo, in particolare, all'obbligo scolastico e al diritto allo studio dei minori, al rispetto della tutela sanitaria e a disposizioni per la pubblica sicurezza.
L'intervento della Pediatria di Comunità è iniziato con l'inserimento dei bambini nomadi a scuola.
All'inizio si è cercato di facilitare il più possibile il loro accesso al nostro servizio, creando anche apposite fasce orarie; verificato che in tale modo non si è riusciti a raggiungere tutta la popolazione infantile presente al campo, dal 1994 abbiamo organizzato sedute vaccinali al campo, utilizzando un'ambulanza messa a disposizione dalla nostra Az. USL.
È ovvio che, per quanto riguarda gli interventi di carattere sanitario, è difficile far capire a un genitore nomade l'importanza della prevenzione primaria con le vaccinazioni.
Tre sono i principali ostacoli che si incontrano per svolgere una corretta immunizzazione del bambino:

- la mobilità della popolazione impedisce spesso di controllare in un unico luogo la completezza del calendario vaccinale;
- la concezione di salute e malattia dei nomadi è diversa dalla nostra ed è difficile spiegare loro che, con le vaccinazioni, verranno evitate malattie in futuro: spesso la motivazione per vaccinare i bambini è l'inserimento scolastico, oppure un atto di fiducia nei confronti della persona che fa la proposta, che è conosciuta e stimata;
- il rapporto tra i nomadi e il Servizio è spesso difficile e va facilitato mettendo a punto modalità adeguate (presso la nostra Az. USL è stato stilato, nel 1991, un protocollo di intesa per la realizzazione di interventi su tale popolazione tra Servizio Materno-Infantile, Servizio Sociale, Servizio Igiene Pubblica e Medicina di Base).

È di questo periodo la costituzione di un piccolo 'team' (pediatra e assistente sanitaria) all'interno della Pediatria di Comunità, con il compito di seguire le problematiche sanitarie dei bambini nomadi; inoltre, fu identificato come punto di erogazione di interventi un distretto sanitario presso il quale i nomadi potevano accedere liberamente, oltre che per la prevenzione anche per patologie acute.
Date le loro precarie condizioni abitative e il loro stile di vita, le patologie di più frequente riscontro nei bambini sono: patologie delle alte e basse vie respiratorie, disturbi gastrointestinali acuti ma con tendenza anche alla cronicizza-

zione, patologie dermatologiche, traumi.

Dal 1995, l'Az. USL di Forlì ha aderito alla realizzazione di un progetto regionale per la sperimentazione di "Spazi consultoriali per donne immigrate e i loro bambini", all'interno dei Consultori Familiari, a seguito di un percorso informativo organizzato dalla Regione Emilia Romagna. Obiettivo generale è quello di promuovere sul versante sociale e sanitario l'integrazione, nel nostro contesto, delle persone immigrate e nomadi, in particolare le donne e i loro bambini, che sono i soggetti 'più deboli' e quindi maggiormente esposti a condizioni di rischio.
All'interno di tale spazio opera un'équipe multiprofessionale costituita da: pediatra, ginecologa, ostetrica, assistente sanitaria e assistente sociale.
L'attivazione di tale spazio implica che vengano assicurate:
- unitarietà della risposta sanitaria e sociale, specie nell'ambiente materno infantile;
- adozione di modalità specifiche di accoglienza;
- attività di segretariato socio-sanitario;
- informazione e sostegno per l'esercizio e la difesa dei diritti del singolo in ambito sanitario;
- raccordi permanenti e programmati con i reparti ospedalieri, in particolare quello di Ostetricia e Pediatria, e messa in rete degli altri servizi pubblici che operano nel campo dell'immigrazione;
- attivazione di veri e propri percorsi sanitari che prevedano l'affiancamento degli operatori al servizio dell'utente;
- rafforzamento delle competenze relazionali degli operatori verso gli utenti;
- ricerca di interlocuzioni permanenti con le comunità nomadi;
- attivazione di rapporti permanenti di collaborazione con le associazioni del volontariato.

Organizzazione di percorsi socio sanitari per bambini nomadi

Linee guida per la pediatria di comunità

La pediatria di comunità deve offrire ai bambini nomadi un punto di riferimento per le risposte ai bisogni primari di salute, soprattutto per quelli non tutelati da un punto di vista sanitario in quanto non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale per mancanza di requisiti in base alle vigenti legislazioni.
Per quanto riguarda l'intervento del nostro settore, riteniamo utile puntualizzare alcuni aspetti:
- l'intervento volto a garantire le cure primarie a tali bambini non può essere disgiunto da quello sociale, ma neppure essere delegato completamente alle associazioni del volontariato; per questo è necessario operare avendo come obiettivo l'attivazione di una rete di interventi da parte di coloro che, con competenze diverse, si occupano di tale problematica;
- adozione del progetto.

La complessa problematica dei bambini nomadi richiede un completo capovolgimento della logica tradizionale dell'intervento, e costringe a sperimentare metodologie che risultino più adeguate ed efficaci rispetto al problema, operando in un'ottica di reti territoriali e di lavoro per progetti.
L'adozione del modello progettuale dal punto di vista organizzativo rappresenta il tentativo di superamento delle separatezze intra e interistituzionali, delle logiche settoriali e dell'erogazione di singole prestazioni, costruendo e producendo sinergie, connessioni di reti di servizi, risorse e opportunità per lavorare insieme per un obiettivo comune. Tale progetto specifico deve porsi, da un lato, come strumento di ottimizzazione delle risposte già operative nel settore, riorientando strategicamente le risorse e recuperando le competenze esistenti e, dall'altro, come sperimentazione attenta e rigorosa di una modalità di intervento che cerchi di superare i problemi legati al fenomeno nomadi, sperimentando la messa in rete dei settori istituzionali presenti nel territorio, del volontariato e delle forze del privato sociale.
In modo particolare, va privilegiata la collaborazione con il Comune, sia come ente gestore diretto dei servizi sociali ed educativi, sia come tutore delle politiche sanitarie locali.
All'interno dell'Azienda USL è necessario utilizzare i servizi già esistenti (Servizio Salute Donna, Servizio Salute Infanzia, reparto di Pediatria ed Ostetricia) come filtro e segnalazione di situazioni, per farsi poi attori e coordinatori di iniziative che coinvolgano tali famiglie nomadi.

L'INTEGRAZIONE SANITARIO-SOCIALE

Chi si impegna ad offrire assistenza sanitaria ai bambini nomadi deve necessariamente farsi carico di una revisione critica del modello culturale prevalente, tenendo presente che non si deve considerare il sociale come limite invalicabile del proprio intervento, che ci si deve sentire parte di un'équipe con un progetto e un obiettivo assistenziale comune, in modo da rimettere in discussione il nostro modo di essere operatori e l'organizzazione stessa dei servizi.
Il lavoro interdisciplinare rappresenta una risposta all'esigenza di programmare interventi globali e unitari. Tuttavia, riteniamo indispensabile attivarci per mettere in rete anche gli altri servizi dell'Azienda che possono interagire con i nomadi. È necessario un lavoro di équipe insieme a chi ha funzioni di coordinamento al campo, insieme agli educatori, agli operatori socio-sanitari, ma soprattutto è necessario garantire una continuità coordinata di interventi che spesso manca. non permettendo così di raggiungere risultati positivi.
Si tratta di realizzare un riadeguamento dei servizi per l'infanzia alle reali esigenze di tali utenti, considerandoli non più oggetto di intervento assistenziale, ma protagonisti e soggetti attivi di un progetto condiviso, garantendo loro il pieno rispetto di ogni fondamentale diritto al benessere psicofisico, all'istruzione, alla cultura, alle relazioni sane nel rapporto familiare ed extrafamiliare.
La realizzazione di tale obiettivo è complicata dal fatto che la capacità di fare

richieste ai servizi e di utilizzarli correttamente dipende dal livello educativo degli utenti che, nel caso specifico, hanno notevoli difficoltà (lingua, cultura) a rapportarsi alle strutture complesse delle istituzioni.
La possibilità di dare risposta ai bisogni sanitari deve rappresentare una chiave di entrata che permetta un rapporto con le donne e i bambini nomadi che vivono situazioni di disagio. Tale approccio alla famiglia deve costituire una messa alla prova continua per la necessità di rendere flessibili le metodologie da usare e di adeguare gli interventi.
Da tutto ciò deriva l'opportunità di una crescita di rapporti tra operatori del servizio e utenti, che permetterà poi di mettere ordine tra le richieste, valutarle, discuterle, fino ad arrivare alla fase progettuale, durante la quale si elaborano le possibilità per affrontare le situazioni.
Per le caratteristiche dell'utenza, è necessario garantire un accesso libero e informale al servizio, privilegiando il momento dell'accoglienza per riuscire a dare una risposta globale ai problemi posti organizzando percorsi sanitari e facilitando l'accesso ai servizi.
Tale 'facilitazione' attraverso la creazione di reti assistenziali deve avere come obiettivo non una totale dipendenza dagli operatori, ma deve rappresentare una valida opportunità alla realizzazione di un processo di integrazione, maggior autonomia e capacità di partecipare alla gestione dei servizi in modo che i bisogni possano trasformarsi in richieste.
Tale servizio deve compiere lo sforzo di creare un sistema comunicante di presidi assistenziali e di rendersi 'visibile' ai suoi interlocutori (Dipartimento Salute Donna, Dipartimento Salute Infanzia, Presidio Ospedaliero), in quanto la messa in rete di tali servizi presuppone la condivisione di un progetto in cui ogni soggetto, pur con competenze diverse, ha un ruolo ben preciso.
Per gli operatori deve diventare una priorità l'imparare a dialogare con operatori di cultura diversa dalla propria, al fine di superare la grande frammentarietà di lavoro che caratterizza il sistema dei Servizi e, in particolare, quello delle cure primarie.
L'intervento nell'area delle cure primarie per tali bambini dovrebbe essere principalmente svolto dai pediatri di base; in realtà, tale figura è spesso inaccessibile in quanto per poterne usufruire è necessaria l'iscrizione al SSN e la conoscenza e il rispetto delle regole e delle consuetudini che ne regolano il rapporto.

Interventi sanitari sul bambino nomade

Il rapporto tra i nomadi e i servizi va facilitato, mettendo a punto modalità adeguate di accoglienza, utilizzando operatori opportunamente formati ed elaborando protocolli d'intesa con il Servizio Sociale, il Servizio di Igiene Pubblica, il Servizio di Medicina di Base, la Funzione Salute Donna e la Funzione Salute Infanzia. Diventa indispensabile programmare periodici accessi al campo nomadi, sia da parte degli operatori della Pediatria di Comunità, sia del Servizio Sociale, con l'obiettivo di eseguire bilanci di salute sui bambini

presenti al campo, oltre che interventi in occasione di eventi patologici, e di programmare interventi vaccinali con offerta attiva delle vaccinazioni facoltative e non.

Bilanci di salute e screenings

L'esecuzione del bilancio di salute va eseguito in modo differenziale in base all'età: oltre al comune esame obiettivo deve essere valutato lo stato nutrizionale, compresi segni di anemizzazione, lo sviluppo somatico, psicomotorio, puberale e scheletrico. È opportuno verificare la presenza di carie dentaria. Particolare attenzione va posta alla cute: micosi, pediculosi, traumi, verruche, ustioni, piodermiti sono le lesioni di più frequente riscontro. Gli screenings clinici normalmente in uso, in particolare quello per la vista (7–12 mesi) e quello per l'udito (esame audiometrico comportamentale 7–12 mesi) vanno eseguiti tenendo conto dell'età come per qualsiasi altro bambino.
Per un'adeguata profilassi della tubercolosi è sicuramente più efficace una valutazione dell'intero nucleo di bambini e conviventi e la promozione di stili di vita che riducono il rischio di contagio.
Ogni bilancio di salute deve comprendere un'educazione alla salute adeguata all'età, alle condizioni individuali delle famiglie, all'alimentazione, all'igiene personale, alle abitudini di vita, al tempo libero, all'attività fisica, alla prevenzione degli incidenti, all'uso di farmaci, all'utilizzazione dei servizi sanitari.

Promozione e tutela della salute nell'area materno-infantile all'interno di una popolazione nomade

Nell'ambito dell'attività dello Spazio Consultoriale per donne e bambini immigrati e in particolare del 'Progetto Nomadi', si ritiene importante in questo momento attivare un progetto pilota per fare promozione umana in campo sanitario, ponendo particolare attenzione ai problemi di salute delle mamme e dei bambini nomadi, specie quelli della fascia di età 0 – 3 anni al fine di investire risorse per realizzare un progetto mirato di educazione sanitaria rivolto alle mamme nomadi, sia durante la gravidanza che nei primi anni di vita dei bambini.
Per creare le condizioni di un intervento efficace, che tenga conto sia dei bisogni oggettivi da noi osservati, sia di quelli soggettivi più o meno espressi, è necessario mettersi in ascolto di ciò che i genitori nomadi considerano importante per la loro salute e per quella dei loro bambini, stimolandoli al dialogo.
In questo modo, dall'incontro-scambio tra due culture è possibile realizzare una risposta efficace ai bisogni reali, al fine di ottenere una vita più dignitosa per gli zingari e permettere loro di costruire la propria storia nel rispetto della nostra e di quella società con cui vivono a contatto.
Dall'ascolto dei bisogni espressi e dalla loro osservazione, emerge che è indispensabile anche dare una risposta al diritto di vivere in un ambiente salubre con un minimo di servizi, attraverso la costruzione di un campo sosta attrezza-

to, nella progettazione del quale sarebbe auspicabile un intervento attivo dei nomadi, al fine di rispettare la loro organizzazione e gestione dello spazio.
Per quanto riguarda l'aspetto prettamente sanitario, all'interno della tematica madre-bambino, è importante facilitare un corretto ed efficace uso dei servizi durante la gravidanza, attraverso un'offerta attiva dell'accesso al Consultorio Familiare e della esecuzione degli esami di laboratorio, nei tempi e nei modi previsti dai programmi di tutela della gravidanza, anche al fine di evitare anomali percorsi e saltuari accessi ad esami di secondo livello senza aver eseguito correttamente gli indispensabili e previsti controlli di base.
La gravidanza rappresenta un'ottima opportunità, per noi operatori, per capire qual è il loro bisogno di salute e come questo viene espresso, al fine di sensibilizzare le donne a curare maggiormente il loro stile di vita, facendo attenzione al fumo, al consumo di caffè e, più in generale, all'alimentazione e all'igiene personale.
In prossimità del parto, è indispensabile attivare contatti con i referenti dei reparti di Ostetricia e Pediatria, al fine di rendere più accettata la permanenza in ospedale della puerpera e poter organizzare una eventuale dimissione precoce protetta dei nuovi nati.
L'intervento di operatori che già hanno instaurato un rapporto di fiducia con le mamme nomadi deve rappresentare un impegno specifico a seguirle durante tale *percorso nascita*, al fine di facilitare la comunicazione e l'integrazione positiva con le varie figure professionali impegnate nell'assistenza.
Dopo la dimissione, è importante essere sostegno alle mamme nomadi, specie alle più giovani, al fine di fornire un supporto nella cura, nell'igiene e nell'alimentazione del bambino.
Tale intervento, da svolgere prevalentemente al campo, potrebbe avere le caratteristiche di un progetto ricerca-azione.
L'obiettivo è quello di sensibilizzare tali mamme ad una più corretta valutazione dei bisogni di salute del bambino, attraverso un processo di mediazione tra le nostre 'cure' e le loro.
Per raggiungere tali obiettivi, riteniamo indispensabile attivarci con interventi al campo settimanali, in una giornata e in un orario prefissato e concordato, al fine di contattare singolarmente ogni mamma all'interno del suo nucleo familiare, impegnando operatori formati e capaci di mettersi in ascolto.

Intervento al campo nomadi

L'analisi delle esperienze realizzate in tale ambito mette sempre più in evidenza la necessità, per chi si occupa di percorsi sociosanitari per bambini nomadi, di prevedere interventi diretti al campo da parte degli operatori, con una periodicità settimanale e con i seguenti obbiettivi:

- follow-up delle patologie riscontrate ambulatorialmente o durante un ricovero ospedaliero, verifica della *compliance* nella somministrazione dei farmaci e attivazione dell'eventuale intervento del pediatra;

- gestione delle vaccinazioni al campo in collaborazione con il pediatra, organizzazione delle sedute vaccinali;
- fornire indicazioni al rispetto delle più elementari norme, sia dell'igiene personale, sia degli alimenti;
- osservazione e rilevazione di eventuali difficoltà nell'accudire e nel nutrire i bambini, con particolare attenzione nella valutazione della relazione adulto-bambino all'interno delle dinamiche familiari;
- rafforzare la promozione alla frequenza scolastica;
- sopralluoghi ambientali al campo, con particolare attenzione ai servizi igienici; tali interventi al campo sono spesso svolti in collaborazione con l'assistente sociale, con un operatore sociale del Comune che svolge al campo funzioni di coordinamento o con gli operatori dell'associazione di volontariato che si occupa dei nomadi.

L'intervento al campo nomadi deve rappresentare un intervento strutturato e continuativo in quanto rappresenta un momento in cui, più liberamente che in ambulatorio, si riesce a instaurare con le donne nomadi un rapporto di fiducia necessario per affrontare problematiche non solo legate alla salute del bambino, ma anche alla loro particolare attenzione alla gravidanza.
Abbiamo potuto verificare che la presenza di un operatore socio-sanitario al campo costituisce per i nomadi un messaggio molto forte che esplicita in modo significativo il 'nostro' farsi carico dei loro problemi sanitari e, pertanto, ci offre l'opportunità di stabilire un rapporto di fiducia che è la premessa indispensabile alla realizzazione di ogni altro intervento, ponendoci nella condizione di superare quella iniziale diffidenza che tale gruppo etnico ha nei confronti di chi rappresenta la società maggioritaria.
Da ultimo, per promuovere politiche organiche di intervento attivo da parte degli enti locali a favore dei cittadini nomadi, è necessaria la costituzione di un tavolo interistituzionale che veda la partecipazione di operatori referenti per l'Azienda U.S.L. (Funzione Salute Infanzia, Funzione Salute Donna, Servizio Medicina di Base, Servizi Sociali, Divisione di Pediatria, Divisione di Ostetricia, Pronto Soccorso, Servizio di Igiene Pubblica) di un rappresentante del Comune, della Provincia, della Questura e del Provveditorato agli Studi.

La scuola come interlocutore privilegiato per l'integrazione del bambino nomade

Un importante obiettivo per il servizio socio-sanitario che si occupa di famiglie nomadi è quello di garantire e favorire l'accesso alle strutture educative dei bambini. Quello della scuola è certamente un obiettivo a breve termine, nel senso di una sempre maggiore attenzione rispetto all'inserimento dei bambini zingari nella scuola di tutti, in atto da alcuni anni.
Diventa un intervento di medio e lungo periodo nell'ottica di una ricerca e di una sperimentazione mirate a disegnare una scuola sempre più efficace, sia dal punto di vista del dialogo interculturale, sia da quello dei percorsi differenziati.

Attualmente, nella nostra scuola è inserita la seconda generazione di bimbi nomadi che spesso, nel continuo confronto con l'immagine e le abitudini dei propri familiari, può incontrare seri problemi nella strutturazione della propria personalità ed identità culturale.
La collaborazione con gli operatori della scuola, volta a favorire l'inserimento dei bambini nomadi, dev'essere ricercata e favorita attraverso una particolare attenzione al dialogo interculturale.
Inoltre, è importante collaborare con la scuola, in quanto costituisce uno dei primi filtri ed anche uno sbocco sociale per quei bambini che non riescono a trarre dall'agenzia educativa le risorse adatte ad un loro adeguato sviluppo. La scuola costituisce un recettore molto sensibile nell'avvertire i segnali di disagio, tuttavia necessita di un riferimento diretto per interpretare e decodificare correttamente tali segnali di disagio e nel progettare un intervento, coinvolgendo le professionalità adeguate.
La complessità di tali problematiche richiede che vengano affrontate insieme attraverso il coinvolgimento dei vari professionisti; è indispensabile farsi promotori di un rapporto organico tra le diverse agenzie che si occupano di tali bambini, condividendo un progetto che metta al centro il bambino e la sua famiglia.
È necessario attivare la collaborazione tra la Pediatria di Comunità, il Servizio Sociale e la Scuola, ricercando in ambito locale quell'agenzia educativa più sensibile e in grado di accogliere tali bambini, affrontando e cercando di dare risposta a tutte le difficoltà che l'inserimento scolastico di un bambino nomade comporta. Dato che la condizione del bambino nomade si caratterizza per la tendenza all'isolamento sociale, linguistico e culturale, che costituisce il motivo del suo insuccesso scolastico, ci si deve impegnare a promuovere, in collaborazione con gli insegnanti, un'accettabile integrazione con i coetanei, favorendo esperienze di confronto interculturale. Tuttavia, la povertà di apprendimento e il conseguente scarso successo scolastico sono spesso secondari anche alla non padronanza linguistica, dovuta alla scarsa strutturazione di competenze nell'età cruciale dei 2 – 6 anni; pertanto, il nostro intervento non può non prendere in considerazione anche la promozione all'inserimento nella scuola materna di bambini di tale fascia di età. Si è potuto verificare che l'impegno da parte dei genitori per la frequenza della scuola elementare è costante, in quanto essi stessi ritengono importante l'acquisizione di lettura, scrittura e calcolo anche per il loro stile di vita.
Per coloro che, pur con difficoltà ed apprendimenti limitati, conseguono la licenza elementare, è necessario prevedere all'interno della scuola media inferiore percorsi individualizzati, con l'obiettivo di proseguire con progetti di formazione professionale finalizzati all'inserimento lavorativo.
Per favorire il più possibile l'integrazione nel contesto sociale di adolescenti nomadi, è utile promuoverne l'inserimento in strutture educative in qualità di mediatori culturali, o meglio come figure facilitanti l'inserimento di nuovi

bambini zingari, assegnando loro compiti di accudimento del vestiario e dell'igiene personale.

La storia di Sanela

Sanela è una ragazzina nomade di 18 anni; quando è arrivata a Forlì non frequentava più alcuna scuola e, essendo la primogenita di un nucleo familiare di 8 fratelli, era già impegnata al campo per farsi carico dei più piccoli.
Sanela ha sempre avuto un carattere ribelle e spesso in contrasto con i genitori e i fratelli.
Circa tre anni fa, fu ricoverata con urgenza in ospedale per una crisi convulsiva generalizzata; gli accertamenti eseguiti evidenziarono un'epilessia, e fu iniziata una terapia antiepilettica eseguita con regolarità, soprattutto dopo la comparsa di una seconda crisi convulsiva, insorta in un periodo di diminuzione del dosaggio del farmaco.
I genitori e la stessa Sanela chiedevano infatti, insistentemente, di poter sospendere la terapia per dare la possibilità alla ragazza di sposarsi senza dover ammettere la propria malattia e la dipendenza dal farmaco. Dopo la seconda crisi convulsiva, è stato spiegato anche ai genitori che la sospensione del farmaco non sarebbe stata così immediata.
Recentemente Sanela si è sposata, anche se non ha rivelato al marito i suoi problemi di salute.
Come operatori ci chiediamo come avremmo potuto meglio rapportarci a Sanela e ai suoi genitori nel comunicare l'entità e l'evoluzione della sua malattia, per aiutarli a superare alcuni pregiudizi che tanto incidono nel loro modo di essere e di fare.

Attivazione di un tavolo interistituzionale per promuovere l'integrazione dei nomadi

Per promuovere politiche organiche di intervento attivo da parte degli enti locali a favore dei cittadini nomadi, è stata promossa la costituzione dei un tavolo interistituzionale che vede la partecipazione degli operatori referenti per l'Az. USL, i referenti dei Servizi Sociali del Comune, un rappresentante della Provincia, della Questura, della Prefettura, del Provveditorato agli Studi e delle associazioni del volontariato coinvolte nella problematica.

Sinti e Rom, un approccio “alle diversità”. Un’esperienza di lavoro

a cura di Gabriella Tritta
Azienda USL - Modena

Da quattro anni l’Azienda Uz. SL (AUSL) ha costituito un piccolo team, composto da un pediatra (per sei ore la settimana) e da una assistente sanitaria - ASV (per dieci ore la settimana), con il compito di interessarsi ed assistere ai bisogni e alle difficoltà sanitarie dei minori zingari presenti nel Comune di Modena. L’iniziativa fa riferimento al progetto redatto nel 1994 dal servizio Salute Infanzia *Una proposta di intervento del settore Salute Infanzia per i bambini nomadi del Comune di Modena*.
Le finalità che tale proposta si pone sono:
- migliorare lo stato di salute della popolazione infantile zingara;
- accrescere l’utilizzo del pediatra di base e dei servizi territoriali rispetto alla struttura ospedaliera;
- riconoscere precocemente le situazioni a rischio socio-sanitario;
- promuovere la frequenza scolastica e verificarne l’abbandono.

Per poter effettuare una programmazione a breve ed a medio termine, si è partiti dall’analisi delle *caratteristiche etno-demografiche* degli zingari presenti a Modena, dall’analisi delle *condizioni igienico-sanitarie dei campi* e dall’analisi delle *coperture vaccinali dei bimbi* (le vaccinazioni obbligatorie per legge, come sappiamo, sono un importante indicatore circa l’utilizzo dei servizi sanitari territoriali).
Premettendo che l’attuale situazione ha subito significative variazioni, l’*analisi delle caratteristiche etno-demografiche* effettuata nel 1994 mise in rilievo quali comunità zingare erano presenti nella nostra città e le loro peculiarità.

1. I *Sinti* sono la comunità più numerosa, 53 nuclei familiari per un totale di 177 persone. Abitano in un’area attrezzata, sono cittadini italiani e la maggior parte delle famiglie è residente in città da più generazioni. Sono per lo più sedentari, o attuano un semi-nomadismo estivo per lavoro. Alcuni di loro, infatti, sono operatori turistici viaggianti, i cosiddetti ‘giostrai’, anche se in molti casi la loro attività lavorativa è di difficile determinazione. La maggior parte di loro vive in roulotte. I bambini frequentano la scuola dell’obbligo ma, soprattutto nella media inferiore, vi è un’alta frequenza di abbandono scolastico. Essendo cittadini italiani, sono iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) avendo diritto, di conseguenza, all’assistenza

sanitaria di base ed utilizzando, in caso di necessità, soprattutto il pronto soccorso o l'accettazione pediatrica.

2. I *Rom* provengono dalla ex Jugoslavia (*Khorakhanè*, che significa "al modo del Corano", dunque musulmani) e non possiedono la cittadinanza italiana. Di questa etnia erano allora presenti 18 nuclei familiari, per un totale di 55 persone. Non essendo cittadini italiani, hanno diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per un periodo determinato ma rinnovabile. Tale possibilità spesso non è sfruttata, pertanto essi restano sprovvisti di tessera sanitaria. In caso di necessità di cura usufruiscono soprattutto del pronto soccorso e dell'accettazione pediatrica. Le donne vivono di accattonaggio e gli uomini di lavori saltuari. I bimbi frequentano la scuola in maniera discontinua e vi è un'alta percentuale di abbandono scolastico.

Mentre la situazione dei Sinti in questi anni è rimasta pressoché invariata, i Rom presenti a Modena si sono trasferiti in un'altra città. Da noi sono rimaste soltanto alcune famiglie di cui due vivono in un'abitazione (sappiamo che i Rom Khorakhané hanno quasi sempre abitato nel loro paese d'origine in case murate) ed una (costituita da 2 nuclei familiari) in roulottes.

Per quanto concerne l'*analisi delle coperture vaccinali*, si è riscontrato che erano pochi i bambini zingari (sia Rom che Sinti) che avevano effettuato tutte le vaccinazioni d'obbligo indicate per la loro età e che alcuni di essi non avevano eseguito alcuna vaccinazione. La verifica vaccinale effettuata al 7.05.1994 indicava in regola con le vaccinazioni obbligatorie il 17,7% (20) dei 113 bambini, il 60,2% (68) di essi aveva eseguito un ciclo incompleto e il 21,1% (25) non erano stati vaccinati.

Se teniamo conto che un buon livello di immunità è raggiunto soltanto a compimento del ciclo e che nella popolazione italiana la copertura relativa ai vaccini obbligatori è superiore al 95%, questi dati segnalano con chiarezza una situazione di rischio sanitario sulla quale intervenire con urgenza.

Anche l'*analisi delle caratteristiche igienico-sanitarie* mise in luce gravi carenze:

- il campo di via Baccelliera, dove erano e sono ancora presenti i Sinti, è attrezzato: ci sono i servizi igienici collettivi (sia bagni, sia docce, anche se non sono utilizzati e comunque in condizioni scadenti), c'è la corrente elettrica e sono presenti numerosi cassonetti per la raccolta di rifiuti. Le roulottes e le 'campine' presenti sono funzionali, anche se esistono notevoli differenze fra i diversi nuclei familiari. Nel campo vi è la completa assenza di alberatura e di verde e il terreno è completamente asfaltato, determinando un clima afoso e notevolmente caldo durante il periodo estivo;
- i Rom (come si è accennato, molti di loro hanno lasciato la città e sono rimaste solo alcune famiglie) vivevano in uno spazio precario non adibito ad area di sosta. Questo spazio era sprovvisto di corrente elettrica, i servizi collettivi erano privi di docce e di acqua calda. Le roulottes erano scadenti, non isolate e perciò fredde ed umide in inverno ed eccessivamente calde in estate. L'unica possibilità si scaldarle consisteva nel servirsi di stufe a legna

che, oltre a costituire un rischio per la sicurezza, non potevano essere utilizzate di notte. L'area era dotata di un solo cassonetto, inadeguato alla raccolta di tutti rifiuti; un canale di scolo scorreva lungo il perimetro dell'area sosta. Una famiglia rom, costituita da tre nuclei familiari, non viveva con gli altri del gruppo, ma era (ed è tuttora) stanziata in luoghi diversi non attrezzati (privi di bagno e di acqua calda).

Dai risultati di queste analisi complessive nacque una vera e propria proposta operativa di lavoro con diversi obiettivi a breve e medio termine, quali:
- raggiungere una copertura vaccinale pari al 95% per quanto concerne le vaccinazioni obbligatorie per legge;
- favorire e promuovere le vaccinazioni raccomandate;
- eseguire ai neonati i bilanci di salute durante la seduta vaccinale;
- effettuare gli screening per carie, deficit della vista e scoliosi, in diverse fasce di età, durante la seduta vaccinale;
- garantire l'assistenza sanitaria agli aventi diritto.

L'iniziativa coinvolse, fin dall'inizio, l'Ufficio Nomadi del Comune di Modena e le Associazioni di Volontariato (Porta Aperta, ARCI, Croce Blu), collaborazione fondamentale quando ci si deve occupare di salute in ambiti culturali 'diversi' e di disagio psicosociale.
È inutile dire che la nostra programmazione ha dovuto subire modifiche in itinere. Ad esempio, a fronte dei dati vaccinali emersi, si era provveduto, in collaborazione con gli educatori del Comune di Modena, a vaccinare i bambini presso il nostro ambulatorio, ma buona parte della popolazione, in questo modo, non veniva raggiunta. Le motivazioni dello scarso risultato ottenuto sono diverse: gli zingari hanno uno scarso senso cronologico delle scadenze quotidiane, infine essi instaurano con le persone un rapporto personale più che istituzionale. Di conseguenza, nel giugno 1995, sono state organizzate sedute vaccinali direttamente nei campi (sia dei Sinti, sia dei Rom), utilizzando un'ambulanza messa a disposizione dall'A.V.P.A. di Modena. Questa decisione è stata presa congiuntamente dagli operatori dell'Az. USL, del Comune di Modena e del Volontariato. L'operazione diede risultati soddisfacenti da un punto di vista quantitativo, consentendo le vaccinazioni di bambini e adolescenti altrimenti poco raggiungibili. Infatti al 31.08.1995, su 125 bambini rom e sinti presenti a Modena, il 44% (55) era in regola con le vaccinazioni obbligatorie e quindi con un evidente aumento rispetto alla rilevazione precedente ed inoltre si è notata una notevole diminuzione di coloro che non lo hanno completato (59 bambini pari al 47,2%) ed anche una notevole riduzione di coloro che non hanno effettuato alcuna vaccinazione (8,8%).

L'utilizzo dell'ambulanza ha reso possibile, inoltre, nel corso delle stesse sedute, l'esecuzione degli screenings per le carie e per le malocclusioni dentali.
Non ci si poteva, comunque, accontentare solo di dati quantitativi, anche se

soddisfacenti. Usufruire in maniera temporanea dell'ambulanza è stata una prima ed immediata risposta per affrontare sia la delicata situazione vaccinale in cui si trovava la popolazione infantile, sia il fallimento delle sedute effettuate in ambulatorio. Tuttavia, i fallimenti fanno riflettere e costringono a comprendere con i fatti, e non solo teoricamente, che esiste un 'mondo diverso', con una propria cultura, con un proprio concetto di salute e di medicina, con un proprio rapporto con le istituzioni. Per sensibilizzare questa popolazione alla 'salute' e alla 'malattia', per coinvolgerla e orientarla ad un maggiore e intenzionale, nonché accurato utilizzo dei servizi sanitari, ci si è resi conto che era indispensabile una maggiore presenza degli operatori sanitari al campo, un aumento delle visite domiciliari ed una maggiore informazione e educazione alla salute.
In questi quattro anni, sono stati raggiunti risultati importanti.

Andamento della situazione vaccinale della popolazione infantile zingara (96 - 97 - 98)

Situazione vaccinale	*31/07/96*	*31/08/97*	*10/07/98*
In regola	65 (57,5%9	79 (69,2%)	92 (81,5%)
Ciclo incompleto	41 (37,2%)	33 (28,9%)	19 (16,8%)
Non vaccinati	6 (5,3%)	2 (1,9%)	2 (1,7%)
TOTALE	113	114	113

Da una lettura orizzontale della tabella si può notare:
- un aumento in percentuale di soggetti che hanno completato i cicli vaccinali obbligatori, fino ad arrivare nel 1998 al 81,5%;
- un incremento dei minori che stanno eseguendo i cicli vaccinali anche se al momento sono ancora incompleti;
- una diminuzione di coloro che non hanno eseguito alcuna vaccinazione, fino ad arrivare all'1,7% nel 1998.

Sempre per quanto concerne le vaccinazioni, bisogna sottolineare che i bimbi Sinti (attualmente 104 minori) sono tutti vaccinati; solo alcuni di essi non hanno completato il ciclo (33 bimbi) o non hanno effettuato alcuna vaccinazione d'obbligo, come ad esempio l'epatite. Per quanto concerne i Rom (98 bimbi), la situazione è diversa: 2 piccoli Rom non hanno eseguito alcuna vaccinazione, mentre 3 di loro (fra cui 2 adolescenti) non hanno completato il ciclo in riferimento alla loro età. Questa famiglia (costituita da due nuclei familiari più i parenti che a volte sono a Modena) vive in condizioni particolarmente disagiate, ponendo quesiti a volte di difficile soluzione che coinvolgono diverse organizzazioni (AUSL, Comune, Caritas, medici volontari...).
Infine, in questi anni vi è stato un notevole incremento delle vaccinazioni raccomandate.

Dosi di vaccinazioni raccomandate negli anni 1994, 1995, 1996 e 1997

Vaccinazioni	*7.05.94*	*11.07.95*	*31.07.96*	*10.07.97*
Antimorbillo	2	5	13	28
Antirosolia	7	11	11	33
Antiparotite	0	5	6	26
Antipertosse	/	9	10	20

Per quanto riguarda gli altri obiettivi, si segnala che dall'agosto 1997 al luglio 1998 sono state effettuate 79 visite pediatriche durante le sedute vaccinali, 34 visite pediatriche al campo e 24 screenings (carie, malocclusioni, scoliosi e deficit visus), con la possibilità di interventi di secondo livello in caso di necessità.
Nei bimbi visitati in questi anni non si sono riscontrate patologie particolari, dato rassicurante ma che induce a considerare i loro bisogni in modo più complessivo.
Si sottolinea che, da uno studio effettuato sulle nascite prima del termine, a basso peso e sulle malattie dei neonati della popolazione infantile del campo di via Baccelliera, si evince una maggiore incidenza di nascite pretermine e malattie neonatali rispetto ai nostri bimbi.
Inoltre, nei limiti del possibile, è stata garantita la presenza di una ASV al campo (almeno una volta la settimana) e l'aumento, da parte della stessa, delle visite a domicilio presso le famiglie rom.
Bisogna ricordare che esiste anche la presa in carico sia dei parenti che a volte sono di passaggio a Modena o vi soggiornano per un tempo indeterminato, sia dei nomadi in transito per i quali viene richiesto un nostro intervento per diverse motivazioni.
Ma non vi sono soltanto dei dati quantitativi e descrivibili: bisogna tenere conto dei dati 'non visibili', percepiti giorno dopo giorno a contatto diretto con loro. È importante capire come il rapporto di fiducia con l'operatore sanitario aiuti le famiglie zingare, e non solo, a comprendere meglio i problemi inerenti la salute, la malattia e la cura; inoltre, è sempre il rapporto di fiducia che permette loro di poter utilizzare al meglio le istituzioni sanitarie (ad esempio il medico e il pediatra di base, al quale si rivolgono sempre più spesso). Ma, a questo riguardo, fra il popolo zingaro e i *gagé* vi è differenza? Si direbbe di no. Anche noi, nei momenti di difficoltà, di incomprensione, abbiamo bisogno di avere fiducia verso l'operatore. Per loro questa fiducia è (e forse, in alcuni casi, era) molto più marcata, ma sappiamo che, quando ci si trova di fronte a diverse culture, vi sono differenze sostanziali sul modo di concepire i valori fondamentali dell'esistenza. Allora, se parliamo di *medicina transculturale* per gli immigrati, perché non si può applicare questo concetto anche ad etnie così vicine a noi come i Sinti ed i Rom?
Questo perché l'approccio transculturale rimanda ad un'interpretazione dei

bisogni che attraversi la diversità culturale, che richieda un approccio socio-sanitario ai diversi problemi e, inoltre, che solleciti l'operatore ad acquisire una sorta di incertezza che lo aiuti ad entrare in rapporto con le persone con rinnovata sensibilità.
Le finalità del servizio non sono soltanto di tipo prettamente sanitario, ed ecco perché si è stati coinvolti in primis nell'inserimento di alcuni bambini rom nella scuola. Qui si vuole sottolineare soprattutto l'inserimento, chiesto e voluto dalla famiglia, di una piccola Rom al nido (1996), inserimento che provocò non poche polemiche e rese evidenti i pregiudizi nei confronti degli zingari, anche da un punto di vista sanitario, da parte di altri genitori. A Modena questa è stata la prima esperienza di una bimba rom inserita in un nido, mentre i piccoli Sinti sono introdotti ormai da alcuni anni nella scuola materna. Inoltre, da diversi anni vi è la nostra collaborazione e partecipazione all'organizzazione di seminari e corsi di aggiornamento tenuti dal Comitato Promotore dell'Opera Nomadi (che diverrà effettivamente Opera Nomadi nel 1998), in collaborazione, oltre che con l'az. USL con la Provincia, il Comune e il Provveditorato. I seminari hanno coinvolto gli insegnanti, gli operatori professionali e i volontari che lavorano a contatto con zingari. I due corsi fino ad oggi organizzati tendevano a fornire alcuni strumenti utili per la comprensione di una cultura così diversa e la sensibilizzazione alle problematiche socio-sanitarie degli zingari, a costruire dei percorsi didattici in aree specifiche (linguistico/espressiva, logico/tematica), a costruire una rete fra operatori scolastici e non (medici, ASV, educatori, volontari...) in un'ottica di programmazione comune.
Se molto è stato fatto, ancora molto bisogna fare. Acquisire fiducia è un processo lento che richiede un coinvolgimento degli zingari. Per acquisire fiducia bisogna prendersi cura dei nuclei familiari, interessarsi non solo ai problemi sanitari ma favorire il loro inserimento scolastico e lavorativo. La dignità della persona passa anche attraverso il lavoro, ma quale lavoro? Recuperare massimamente le loro specificità lavorative, cosa in pratica improponibile, oppure cercare canali diversi? Domande legittime che richiedono risposte complesse, quindi, bisogna avere un approccio globale perché, riprendendo la definizione dell'OMS che noi tutti conosciamo, "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non una mera assenza di malattia". Infatti, i principali fattori determinanti la salute sono: la classe sociale, il tipo di lavoro, le condizioni economiche, le condizioni socio-ambientali, la collocazione geografica e la razza: lo 'star bene' dell'individuo è intrinsecamente legato all'ambiente in cui vive. È difficile godere di buona salute quando esistono condizioni socio-economiche disagevoli e di marginalizzazione (spesso volute dagli stessi zingari) che determinano comportamenti di vita significativi anche in termini di salute. La salute, inoltre, è un valore percepito individualmente, condiviso all'interno di uno stesso gruppo (e non è detto che esista un solo concetto di salute e un solo modo di affrontare la malattia addirittura all'interno dello stesso gruppo: pensiamo alle cosiddette 'medicine alternative') per divenire un ideale collettivo

condivisibile o meno con altri gruppi esterni. Infine, i messaggi dei mass-media determinano un immaginario collettivo o di alta efficienza della sanità (si pensi ai telefilm americani) o, al contrario, di malasanità che a loro volta diventano determinanti sui comportamenti degli individui e dei gruppi nei confronti della medicina.

Dopo quattro anni di lavoro, crediamo che sia utile avere una progettualità ad ampio respiro, in cui gli interventi richiedano obiettivi che si vanno ad aggiungere a quelli sopra menzionati:

- prendere in carico i bisogni della famiglia e non solo dei bambini;
- continuare la ricerca per evidenziare dati epidemiologici essenziali, al fine di determinare le priorità di intervento sanitario;
- fornire ai cittadini strumenti di sensibilizzazione e comprensione sulla cultura e sulle tradizioni del popolo zingaro (e ciò avviene anche attraverso l'organizzazione e la partecipazione ai diversi seminari);
- favorire l'inserimento scolastico e lavorativo;
- sensibilizzare i Sinti e i Rom alle problematiche sanitarie, attraverso incontri con le donne sui diversi argomenti quali: gravidanza (visite periodiche ed esami), puerperio, allattamento al seno (sempre meno frequente), utilizzo del pediatra di base, vaccinazioni e informazioni sugli screenings per la diagnosi precoce dei tumori femminili. L'educazione alla salute è qualcosa che permea e può modificare lo stile di vita ma, in questo caso, può stimolare l'incontro tra identità diverse per meglio comprendersi e interagire.

Si vuole concludere con un'osservazione. Le trasformazioni che si stanno verificando all'interno del popolo zingaro devono indurci ad una riflessione. I cambiamenti non sono indotti solo dalla cultura dominante e dai mass-media, ma sono da loro stessi voluti per sopravvivere come etnia. Avere aspirazioni diverse dal proprio gruppo di appartenenza (una vita più salda e, apparentemente, più appagante, abitare in una casa e staccarsi dalla propria famiglia allargata, non essere più interamente coinvolti dalla propria cultura ma non sentirsi completamente partecipi e accettati dalla cultura dei *gagé*) può mettere in crisi il progetto di vita del gruppo: se ciò avviene, bisogna essere pronti e preparati a sostenere il cambiamento, poiché esso non sarà mai indolore.

Intervento socio-sanitario in un campo nomadi di Firenze.

L'esperienza di un presidio distrettuale

di G. Maciocco , L. Turco* , A. Vannocci*, M. Generoso*, G. Ranieri°,*
S. Signorini, G. Mosena**
**Azienda USL - Firenze; ° Università di Firenze (Igiene e Sanità Pubblica)*

Premessa

Nel Comune di Firenze sono presenti tre campi nomadi denominati Olmatello, Poderaccio e Masini, che ospitano complessivamente circa 700 persone provenienti dalla ex-Jugoslavia, quasi tutti appartenenti all'etnia Rom. Nei tre insediamenti è attivamente presente l'Azienda Sanitaria di Firenze (Az. ASL 10).
L'esperienza condotta dal presidio distrettuale di Santa Maria a Cintoia del Distretto Sanitario 4 di Firenze è rivolta agli occupanti dei campi Poderaccio e Masini, che si trovano nel territorio distrettuale e che raccolgono complessivamente circa 500 persone fra adulti e bambini.
Innanzitutto è necessario ricordare che il campo Poderaccio è un insediamento 'ufficialmente' autorizzato dal Comune di Firenze, mentre il campo Masini e un'area abusiva senza alcuna autorizzazione, pur accogliendo famiglie che vi risiedono già da diversi anni. I due insediamenti presentano una sostanziale differenza: il campo ufficiale, costituito da roulottes, baracche e containers disposti su di una collinetta formatasi col passare degli anni dagli accumuli di una vecchia discarica, è dotato di alcune strutture igieniche e servizi (lavatoi a cielo aperto, wc chimici, containers forniti di docce con solo acqua fredda), anche se insufficienti per la popolazione. Invece il campo abusivo, composto da roulottes e baracche situate sulle rive dell'Arno (a rischio di inondazioni per le piene del fiume), è quasi completamente privo di strutture igieniche e di servizi.
L'attività sanitaria è rivolta verso la popolazione pediatrica di entrambi i campi ma, ovviamente, gli operatori incontrano una maggior difficoltà nell'intervento nell'area abusiva. Presso i due campi lavora anche una équipe di personale medico e infermieristico volontario che si occupa prevalentemente degli adulti.

Articolo pubblicato su CUAMM Notizie dicembre 1997; pubblicazione autorizzato dagli autori.

L'esperienza di seguito è riferita al campo 'ufficiale' Poderaccio, che è il solo in cui è stato possibile organizzare e strutturare un intervento socio-sanitario.

Obiettivi

Gli obiettivi prioritari individuati nei confronti di questa realtà sono:
- sorveglianza epidemiologica, in particolare nei confronti dell'infezione tubercolare;
- copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (antimorbillo-parotite-rosolia, antitubercolare) nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni;
- assistenza sanitaria pediatrica di base per bambini sprovvisti di assistenza del SSN e quindi del pediatra di famiglia;
- continui contatti con la struttura ospedaliera pediatrica di riferimento (Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze) per seguire i neonati dimessi dal punto nascita e tutti quei casi con patologie più impegnative che hanno necessità di ricovero.

Durante il lavoro è emersa la necessità di un intervento di educazione alla salute per cercare di migliorare la situazione igienico sanitaria della popolazione e per una miglior realizzazione degli obiettivi sopra elencati. Tale progetto, di difficile realizzazione in questo contesto, è al momento ancora in fase preliminare, ma è fondamentale soprattutto per aumentare la partecipazione della popolazione nomade a qualsiasi intervento sanitario che altrimenti risulterebbe inefficace e limitato nel tempo.

Strumenti

Il personale impegnato è rappresentato da: 1 medico della U.O. Attività Sanitarie di Comunità, 2 pediatri ambulatoriali, 1 medico specializzando in Igiene e Medicina preventiva dell'Università di Firenze, 1 assistente sanitaria vigilatrice, 1 vigilatrice d'infanzia, 1 mediatore culturale nomade e 1 commesso dell'ambulatorio del presidio.

Questo personale si avvale anche della collaborazione di: obiettori di coscienza del Comune di Firenze, personale addetto alla pubblica istruzione, operatori dell'Ufficio Immigrati del Quartiere 4, operatori del Servizio Sociale del Comune e personale di associazioni di volontariato per il trasporto con i pulmini.

L'attività si svolge prevalentemente presso l'ambulatorio del presidio distrettuale (che dista circa 800 m. dal campo nomadi) mediante due sedute settimanali di Pediatria e una seduta settimanale di Medicina Pubblica. Esiste anche un presidio socio-sanitario situato in una casa mobile presso il campo stesso. Tale presidio, tuttavia, viene utilizzato esclusivamente in caso di emergenza e in occasione di situazioni e di interventi particolari soprattutto quando è necessario avvicinare il maggior numero possibile della popolazione del campo nel minor tempo possibile. L'uso dell'ambulatorio del presidio distrettuale piuttosto che

della ‘casa mobile’ del campo è stata una scelta dettata, oltre che dalle precarie condizioni della struttura, anche dalla riflessione sulla necessità di educare la popolazione nomade a servirsi delle strutture già esistenti sul territorio e per cercare di integrarla nel nostro contesto socio-sanitario.
Tuttavia ancora molti bambini, soprattutto per le vaccinazioni, non si presentano spontaneamente, ma devono essere condotti al distretto con i pulmini: al distretto si presentano spontaneamente, ma non sempre, i controlli programmati e soprattutto i soggetti affetti da patologie che tuttavia, proprio per il concetto di malattia tutto particolare dei nomadi, arrivano spesso in gravi condizioni o, al contrario, con patologie di scarsa rilevanza clinica. L’attività sanitaria è organizzata sulla base del censimento fornito di volta in volta dall’Ufficio Immigrati del Comune di Firenze. È importante far subito presente che il censimento della popolazione rappresenta uno dei ‘punti critici’: infatti, essendo sempre presente un continuo movimento della popolazione e un alto numero di nuovi nati con ritardo nella registrazione, l’attendibilità del censimento è relativamente modesta, soprattutto nel senso di una sottostima della popolazione.
Durante l’attività sono state incontrate notevoli difficoltà, soprattutto per quanto riguarda la prescrizione di farmaci e l’esecuzione di accertamenti diagnostici, dato che la maggior parte di questi bambini non ha diritto di accedere al SSN .
Dal 1995, con l’introduzione dei decreti legge in materia di immigrazione, tali difficoltà sono state in parte superate. Infatti, in base al D.L. n. 489/*95 (Disposizioni urgenti in materia di immigrazione,* conosciuto come *Decreto Dini,* allora Presidente del Consiglio), la Regione Toscana ha impartito alle Aziende Sanitarie le seguenti disposizioni:
- a qualsiasi straniero temporaneamente presente nel territorio regionale vengono gratuitamente erogate prestazioni preventive e quelle per la tutela della maternità e della gravidanza. In caso di soggetti non regolarizzati, e quindi non in possesso dell’iscrizione al SSN, le eventuali prescrizioni di farmaci o di accertamenti diagnostici dovranno avvenire su ricettario regionale, segnando nello spazio riservato al codice dell’assistito la sigla STP (straniero temporaneamente presente). Pertanto al presidio distrettuale i nomadi possono accedere gratuitamente, salvo relativo ticket ove sia previsto, senza alcuna richiesta medica e possono avere su ricettario regionale la prescrizione di farmaci ‘salvavita’ e di accertamenti diagnostici indispensabili per interventi preventivi connessi con la sorveglianza, il controllo e la cura delle malattie infettive.
Inoltre ricordiamo che la Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20.11.89, firmata anche dall’Italia, all’articolo 24 recita:
1 - Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.
2 - Gli Stati parti si sforzano di garantire l’attuazione integrale del summenzionato diritto ed in particolare adottano ogni adeguato provvedimento per:

a) diminuire la mortalità tra i bambini, lattanti ed i fanciulli;
b) assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie;
c) lottare contro la malattia e la malnutrizione, nell'ambito delle cure sanitarie primarie, in particolare mediante l'utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell'ambiente naturale;
d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali.

La recente legge sull'immigrazione (40/98) ha confermato e completato quanto emerso con il decreto Dini e le successeve ordinanze ministeriali.

Materiali e metodi

L'attività del presidio distrettuale di Santa Maria a Cintoia rivolta verso il campo nomadi, sebbene sia presente da diversi anni, è stata riorganizzata e potenziata a partire dalla fine del 1995 e si è definitivamente strutturata dal gennaio 1996.
La popolazione bersaglio (0-14 anni), nel periodo 1.1.96 - 31.3.97, era rappresentata da circa 144 bambini del campo 'ufficiale'. Durante l'anno 1996 è spesso variato il censimento di questa popolazione con oscillazioni di 20-30 unità.
È stato effettuato un corso di formazione sulla cultura rom e sulle problematiche ad essa connesse per il personale sociosanitario che andava ad operare presso il campo. Tutti gli operatori sanitari e sociali. coadiuvati anche dal volontariato che ha messo a disposizione automezzi per il trasporto dei minori dal campo al presidio, hanno svolto un'opera capillare di sensibilizzazione ed educazione sanitaria per favorire la *compliance* della popolazione nomade.
Per quanto riguarda la *copertura vaccinale*, è stata effettuata una sistematica campagna di vaccinazione sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate: antimorbillo-parotite-rosolia, antitubercolare (l'indicazione a quest'ultima vaccinazione è derivata dall'attività di sorveglianza epidemiologica - vedi oltre).
La campagna di vaccinazione si è svolta con l'aiuto del personale del Comune di Firenze e degli obiettori di coscienza operanti nel campo che, tramite liste aggiornate ad ogni seduta vaccinale, radunavano i bambini da vaccinare e li portavano all'ambulatorio del distretto con i pulmini. Molto importante a questo fine è stata anche la collaborazione del personale della pubblica istruzione, che è stato sollecitato a controllare e inviare all'ambulatorio pediatrico i bambini scolarizzati non in regola con il calendario vaccinale.
Per quanto riguarda la *sorveglianza epidemiologica*, l'attenzione è stata concentrata sulla malattia tubercolare. Nel corso del 1996 è stata effettuata un'indagine specifica, in attuazione del protocollo regionale per la sorveglianza della diffusione della tubercolosi nei soggetti immigrati.
Il protocollo prevede: screening tubercolinico secondo Mantoux, con iniezione

intradermica di 0,5 U.I. di PPD e successiva lettura dopo 72 ore, invio dei soggetti Mantoux positivi (reazione 5mm) al secondo livello, individuato presso i poliambulatori territoriali, per eseguire: radiografia del torace, visita specialistica pneumologica e valutazione di eventuale chemioprofilassi con Nicizina. Il protocollo prevede inoltre l'indagine sui familiari dei soggetti Mantoux positivi e la vaccinazione con BCG di tutti i casi Mantoux negativi.
Anche in questo caso si è operato convocando presso l'ambulatorio, tramite gli operatori sociali, i minori interessati. La lettura del test, invece, è stata effettuata presso il campo nomadi al fine di ridurre il più possibile il numero dei soggetti che potevano sfuggire al controllo.
Per quanto riguarda l'*assistenza pediatrica di base*, l'attività è stata svolta da due pediatri ambulatoriali convenzionati, presso il presidio. Solo occasionalmente, in corrispondenza di particolari situazioni cliniche, sono stati necessari interventi del pediatra presso il campo nomadi. Nel 1996 sono state effettuate 687 visite.
L'assistenza pediatrica di base in questo particolare contesto ha un peso molto rilevante: infatti, a differenza di altre popolazioni immigrate, nei Rom la fascia pediatrica è molto rappresentata, costituendo circa il 45% della popolazione, con una distribuzione dell'età molto simile a quella dei paesi in via di sviluppo.
Inoltre, la particolare condizione di vita nei campi nomadi e il particolare stile di vita portano da un lato alla presenza di patologie da ricondurre molto spesso alle precarie condizioni igieniche, dall'altro spesso a comportamenti di diffidenza e indifferenza che rendono difficile l'instaurarsi del necessario rapporto di fiducia fra gli operatori sanitari e i soggetti interessati.
Durante ogni visita è stata compilata una cartella clinica pediatrica dove, per quanto possibile, sono state annotate le notizie anamnestiche e i dati clinici rilevati.
Dal gennaio 1996, in occasione delle prime visite, sono stati inoltre raccolti dati socio-sanitari mediante un questionario, proposto al genitore o a chi accompagnava il minore, al fine di realizzare un iniziale 'bilancio di salute' di questa popolazione.
Nel questionario sono state raccolte numerose notizie. Soltanto alcune di queste presentano sicura affidabilità: altezza, peso, numero di carie, vaccinazioni obbligatorie in regola (considerando almeno tre dosi per ciascuna) ed in regola per l'età, iscrizione al SSN, frequenza scolastica, regolarità del permesso di soggiorno. Gli altri dati raccolti - data e luogo di nascita, peso alla nascita, tipo di allattamento, numero dei ricoveri, patologie pregresse, numero dei fratelli e dei conviventi, lavoro del padre, numero di anni di presenza in Italia - sono stati riferiti da un genitore o da chi accompagnava il minore e vengono riportati per essere utilizzati solo in modo descrittivo.
I dati sono riferiti ai soggetti di età compresa fra 0 e 14 anni, ospitati nel campo ufficiale: sono stati esaminati 97 bambini che rappresentano il 68%

della popolazione pediatrica presente.
Dei 97 questionari somministrati, 80 sono stati compilati in modo completo. I 18 questionari compilati in modo parziale sono stati comunque presi in considerazione per quanto riguarda i dati con riscontro di affidabilità.

Risultati

Dopo circa un anno di attività si sono ottenuti i risultati sottoesposti.
Per quanto riguarda la copertura vaccinale, prendendo in considerazione le vaccinazioni obbligatorie (antipolio, antidiftotetanica, antiepatite B), si osserva che il 92% dei bambini è in regola.
La copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie è stata considerata effettiva per i soggetti in regola secondo la normativa vigente e secondo l'età, e per tutti quei soggetti che avevano eseguito almeno tre dosi di vaccino indipendentemente dall'età.
Per quanto riguarda il rispetto del calendario vaccinale secondo l'età, i dati mostrano una diminuzione rispetto ai precedenti: infatti soltanto l'81% dei bambini è in regola rispetto all'età. Per le vaccinazioni raccomandate abbiamo considerato la vaccinazione antimorbillo (effettuata fino al mese di marzo 1996), la vaccinazione trivalente antimorbillo-parotite-rosolia (effettuata a partire dal marzo 1996 secondo il nuovo protocollo regionale di vaccinazione) e quella antitubercolare con BCG, indicata secondo la normativa vigente dalla presenza di indice tubercolinico > 5%.
La popolazione 0-14 del campo ufficiale era, nel periodo considerato, di 144 bambini. La popolazione considerata per la copertura vaccinale è stata di 132, visto che, oltre alle fisiologiche oscillazioni del campo, 12 soggetti erano costantemente assenti nel periodo considerato. Sono stati analizzati i dati per ogni singola vaccinazione ed è stato riportato il tasso di copertura vaccinale al 31.3.1997.

Soggetti vaccinati e tasso percentuale di copertura vaccinale

	n. soggetti vaccinati	*tasso percentuale di copertura vaccinale*
Antipolio	109	82,5
Antidiftotetanica	107	81
Anti-epatite B	92	69,6
Anti-morbillo	9	6,8
Anti-morbillo-parotite-rosolia	92	37,8
Anti-tubercolare	98	81,6

Per quanto concerne la sorveglianza epidemiologica per l'infezione tubercolare, lo screening con intradermoreazione secondo Mantoux è stato positivo nel 9,9% dei casi (12 su 121 lette).
I dodici bambini risultati Mantoux positivi sono stati inviati al secondo livello. In sei soggetti è stata prescritta chemioprofilassi con Isoniazide, in quattro è stato indicato un controllo periodico specialistico. Due sono risultati malati con quadro radiologico di broncopneumopatia tubercolare e quindi trattati con terapia specifica.
La presenza di un indice tubercolinico elevato, soprattutto se confrontato con quello della popolazione generale (< 1 %) rilevato annualmente tramite screening nei ragazzi dodicenni delle scuole medie della Azienda Sanitaria di Firenze, indica la necessità di una costante e attiva sorveglianza su questa patologia emergente. Tale sorveglianza è comunque difficile in questo contesto. Infatti, anche nella nostra esperienza, soltanto tre dei soggetti per i quali era stata prescritta la chemioprofilassi la seguono regolarmente. Il problema principale è legato principalmente alla difficoltà di far recepire ai Rom la gravità di questa malattia e quindi la necessità di eseguire i controlli e i trattamenti consigliati.
Per quanto riguarda i 'bilanci di salute', dall'attività pediatrica di base e dai questionari emergono alcune considerazioni.
Soltanto il 24% della popolazione è fornita di assistenza sanitaria e quindi di libretto sanitario e del medico di base; peraltro va osservato che quasi nessuno usufruisce del medico di fiducia.
Per quanto riguarda il peso alla nascita, soltanto il 46% dei neonati supera i 3.000 gr, il 42% pesa fra 2.500 e 3.000 gr. e il 12% ha un peso inferiore a 2.500 gr. Questo ultimo dato, sebbene vada preso in considerazione solo parzialmente, in quanto riferito, può comunque essere un indice delle precarie condizioni di vita delle donne durante la gravidanza, della carenza di fattori nutritivi e della mancanza dei regolari controlli medici prenatali.
Da dati ottenuti dai questionari risulta che, il 74% dei bambini riceve un allattamento materno, il 18% allattamento artificiale e un restante 8% misto. Questo dato, che non si discosta molto da quelli della popolazione italiana, è molto positivo.
Per quanto concerne i risultati relativi al peso e all'altezza della popolazione pediatrica, bisogna precisare che i dati riportati sono stati calcolati sulla scala dei centili costruita per la popolazione italiana. Ciò può comportare ovviamente una certa distorsione dei risultati.
Il 42% dei bambini esaminati presenta un peso inferiore al 10° centile, il 52% è situato fra il 10° e il 90° e il 6% supera il 90° centile. Da un'ulteriore analisi emerge che il 78% dei bambini al di sotto del 10° centile è compreso nella fascia di età tra 0 e 5 anni e la percentuale diminuisce man mano con l'aumentare dell'età. Questi risultati fanno supporre che i bambini più piccoli, non ancora autosufficienti, risentano della situazione economica del

nucleo familiare, dell'assenza di una educazione igienico-alimentare e di episodi patologici ricorrenti. I più grandi invece sono più autosufficienti, hanno una difesa anticorpale più sviluppata e, soprattutto, frequentando nella maggior parte dei casi la scuola e la mensa scolastica, ricevono una dieta più ricca ed equilibrata.
Per quanto riguarda l'altezza, il 21% della popolazione pediatrica risulta inferiore al 10° centile, il 70% è compresa fra il 10° e il 90° ed il 9% supera il 90° centile.
L'elevata percentuale di soggetti con statura al di sotto del 10° centile è probabilmente espressione dell'effetto cumulativo di sottonutrizione e di infezioni pre e postnatali.
Una patologia molto frequente nella popolazione pediatrica nomade è la carie. Infatti, il 44% dei bambini del campo presenta più di due carie e il 15% da una a due. Ciò evidentemente è indice di una cattiva alimentazione, assenza di igiene personale e carenza di una adeguata profilassi. In un primo momento si potrebbe dare non troppa importanza a questo tipo di patologia che invece può condurre a gravi alterazioni della masticazione con conseguenti carenze nutrizionali, dolore con conseguente assenza scolastica e successivamente riduzione dei giorni lavorativi e per finire, ma non meno importante, infezioni (SBEA) ricorrenti, praticamente croniche, che possono esitare anche in una malattia reumatica.
Le patologie riscontrate, nel periodo preso in esame, non si discostano molto da quelle della nostra popolazione pediatrica: per lo più sono le cosiddette 'malattie da raffreddamento' (otiti, rinofaringiti, tonsilliti, bronchiti), tutte con frequenti ricadute. Piuttosto frequenti sono anche le patologie legate alle cattive condizioni di igiene: impetigine, micosi, parassitosi, diarree, carie. Una percentuale molto alta è anche quella legata alla patologia da incidenti 'da campo' (ustioni, ferite da taglio, traumi da cadute, intossicazioni, incidenti da veicoli...).
Tra le patologie di una certa rilevanza clinica, oltre ai due casi di tubercolosi polmonare conclamata, abbiamo seguito un nanismo ipofisario, una tubercolosi ossea, un morbo celiaco.
Deve essere fatta una particolare considerazione, come accennato in precedenza, alle difficoltà incontrate nell'assistenza sanitaria dovuta a molti fattori, ma probabilmente anche al particolare concetto di salute di questa popolazione.
Spesso i nomadi ricorrono alle cure mediche solo quando si verifica un aggravamento improvviso della patologia, quando le condizioni fisiche sono ormai in un avanzato stato di decadimento; il loro concetto di malattia infatti si basa prevalentemente sulla 'quantità' dei sintomi e non sulla 'qualità'. Ugualmente si comportano nell'uso delle terapie: cioè, fin quando c'è lo stato di necessità fanno uso di farmaci, talvolta anche in quantità eccessiva, ma non appena la sintomatologia migliora abbandonano quasi del tutto ogni tipo di trattamento (anche per il costo che essa comporta).

Un'ultima considerazione emerge dal frequente ricorso da parte dei Rom alla struttura ospedaliera; infatti, secondo quanto riferito, il 20% dei bambini risulta essere stato ricoverato più di due volte e il 38% 1-2 volte .
L'assenza di una assistenza sanitaria di base, la mancanza di punti di riferimento per un controllo sanitario, il concetto tutto personale della malattia che hanno i nomadi, l'uso incostante e approssimativo delle terapie, sono tutti fattori che contribuiscono ad un eccessivo ricorso ai ricoveri in ospedale. La presenza sanitaria garantita dalla ASL dovrebbe in questo senso ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri.

Conclusioni

Da questa esperienza emerge che:

- i Rom che vivono nei campi nomadi rappresentano popolazioni a rischio per le precarie condizioni igieniche, abitative e di promiscuità ed è necessaria quindi una costante e puntuale attività di sorveglianza e di prevenzione;
- attraverso una costante presenza è possibile raggiungere tassi di vaccinazione paragonabili alla popolazione italiana;
- il successo di un intervento sanitario sia preventivo (vaccinazioni, screening della tubercolosi), sia di assistenza di base dipende da diversi fattori quali la stanzialità della popolazione, l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari per i campi nomadi, gli interventi di educazione sanitaria, il rapporto di fiducia che si riesce ad instaurare;
- la cooperazione fra diversi servizi e soprattutto fra diverse professionalità è fondamentale per affrontare problemi complessi com'è un intervento in un campo nomadi.

Un'esperienza di rete tra i servizi.

Un progetto di assistenza e di educazione sanitaria per la popolazione nomade stanziata nella XI Circoscrizione di Roma

Paola De Lillo, Carolina Grieco*, Elena Caramazza*, Patrizia Pellini^, Carlo Ruggeri#, Bianca Maisano#, Edoarda Trillò**
** ASL Roma C; ^Arci/Capodarco; # Caritas di Roma*

Introduzione

Da dodici anni il Centro Medico Mobile (CMM) della Caritas di Roma, gestito da alcuni medici volontari, visita regolarmente il Campo di Vicolo Savini. I medici, pur nella diversità di approccio metodologico, hanno garantito la continuità nella risposta ai bisogni sanitari di base e la possibilità di instaurare quel rapporto di fiducia necessario per interagire con una popolazione normalmente poco propensa all'utilizzazione di strutture sanitarie pubbliche.
Fin dall'inizio ci si è resi conto che, per una popolazione costituita per il 50% da minori, risultava di grande importanza la figura del pediatra.
Successivamente si è pensato che sarebbe stato utile che il pediatra fosse di un servizio territoriale della ASL di appartenenza del campo, anche per favorire nel tempo l'utilizzazione delle strutture sanitarie pubbliche da parte della popolazione nomade.
Con il suo inserimento nell'équipe si è quindi potuto dare maggiore attenzione anche ad aspetti di medicina preventiva (verifica della copertura vaccinale, educazione sanitaria informale, ecc.).
L'intervento al campo della ASL Roma C, ha preso il via nell'autunno del 1995 e si è rivolto alla popolazione infantile.
Il progetto per l'assistenza e l'educazione sanitaria di questa popolazione è stato presentato dall'allora responsabile dell'Unità Operativa Ufficio di Igiene e Profilassi del Distretto XI ASL Roma C e dal responsabile del Dipartimento Materno Infantile della stessa ASL.
Da quel momento si è costituita un'équipe composta: dall'autista e da un medico di medicina generale che si occupa degli adulti e degli anziani (Caritas), dall'Assistente Sanitaria (Servizio Igiene e Profilassi del Distretto XI ASL Roma C), dalla pediatra (Consultorio di via Montuori, Distretto XI ASL Roma C), da un'operatrice che si occupa della scolarizzazione (Arci/Capodarco), che collabora principalmente al lavoro con i minori.
E' apparsa immediatamente evidente la necessità di riunioni di coordina-

mento tra gli operatori per conoscersi e concordare le modalità di intervento presso il campo.
Il gruppo si riuniva inizialmente presso la sede Caritas e successivamente al Consultorio di via Montuori. Ciò che ha caratterizzato questa esperienza è stata la reale motivata partecipazione, il sentirsi, da parte di tutti, attori di un processo di cambiamento.
Questi presupposti hanno permesso il superamento di numerosi ostacoli iniziali creati a volte da errori di impostazione, a volte reali, a volte enfatizzati dai pregiudizi degli stessi operatori per una mancanza di conoscenza della popolazione e della cultura rom. Ad esempio: nel progetto formulato dalla ASL si prevedevano esplicitamente interventi vaccinali e di educazione sanitaria informale presso gli stanziamenti nomadi, ma nella realtà uno degli obiettivi era quello di promuovere l'utilizzo delle strutture sanitarie da parte della popolazione anche se tali accessi avrebbero potuto creare criticità sul piano organizzativo e relazionale.
Il pediatra assunto a convenzione, inizialmente titolare per le attività consultoriali, trasferitosi in un'altrà città veniva sostituito trimestralmente. I sostituti non sempre mostravano disponibilità verso un lavoro al campo. Le Unità Sanitarie Locali stavano diventando Aziende e ciò ha comportato notevoli cambiamenti all'interno dei servizi. Il turnover del pediatra, le tensioni interne dovute all'attivo processo di cambiamento (ad esempio: l'équipe del Consultorio familiare di via Montuori si è rinnovata totalmente negli anni 1994/97) non davano garanzie di stabilità al progetto. Anche gli stanziamenti nomadi stavano subendo trasformazioni attraverso la ristrutturazione del Campo di Vicolo Savini. La visita ai campi di Vicolo Savini e Vasca Navale era assicurata settimanalmente dal CMM messo a disposizione dalla Caritas.
Al Consultorio di via Montuori incominciavano ad accedere le donne nomadi per visite e consulenze ginecologiche e parallelamente si andava attivando spontaneamente un collegamento tra i servizi sociali di alcuni ospedali e l'assistente sociale del consultorio.
È apparso a questo punto indispensabile rivedere il progetto iniziale ed integrarlo con nuovo personale.

Vaccinazioni
Prima del 1995, le vaccinazioni venivano eseguite soprattutto presso i servizi territoriali della stessa ASL e interessavano quasi esclusivamente minori in età scolare. I bambini venivano accompagnati ai centri vaccinali da operatori scolastici dell'Opera Nomadi e dell'ARCI. La vaccinazione era propedeutica alla scuola matema o dell'obbligo, quindi molti bambini al momento della prima vaccinazione avevano tra i quattro ed i sette anni
La presenza settimanale nel campo e l'azione di persuasione, nonché l'instaurarsi globale di un rapporto di fiducia sta modificando questo stato di cose.

Sono state eseguite le vaccinazioni obbligatorie per legge ed un discreto numero di vaccinazioni antipertosse. È stato notato un progressivo abbassamento dell'età in cui veniva effettuata la prima vaccinazione, inoltre, nel tempo è cresciuta la domanda spontanea di ricevere le vaccinazioni rispetto alla nostra offerta attiva di somministrazione.
Ricordando l'inizio dell'intervento presso il campo nomadi da parte dell'équipe 'mista', è innegabile il largo consenso avuto dai genitori dei bambini nomadi per quel che riguarda le vaccinazioni d'obbligo, soprattutto nella fascia d'età dai tre mesi ed oltre.
È significativa l'adesione spontanea alla pratica vaccinale, senza attendere lo sbarramento dell'obbligo scolastico. Gli stessi genitori accompagnano i bambini per eseguire le vaccinazioni, quando prima era difficoltosa anche solo la spiegazione dell'utilità della pratica vaccinale e pertanto quest'ultima non veniva eseguita sempre.
Non solo, ma alcuni genitori iniziano a ricordare che esiste una scansione temporale delle dosi e quindi, di tanto in tanto, tornano a verificare se è il momento del richiamo. Alcune madri vengono tutti i mesi a chiedere se è il momento del richiamo mettendo a dura prova la pazienza dell'équipe.

Visite mediche

Bambini. Solitamente le visite pediatriche vengono eseguite in un presidio recentemente collocato nel campo denominato 'posto di salute' e spesso sulla base di una patologia acuta, anche se raramente grave.
Le patologie più frequentemente incontrate sono state: faringo-tonsilliti, infezioni dell'apparato respiratorio, otiti, infezioni dell'apparato gastroenterico, affezioni dermatologiche (in particolare micosi e verruche), quadri clinici su base allergica come bronchiti asmatiche ed intolleranze alimentari. Abbiamo anche notato che i bambini rom presentano un accrescimento ponderostaturale diversificato rispetto ai bambini italiani: peso ed altezza dei bambini rom sono, in genere, inferiori a quelli dei bambini italiani della stessa età. Difficilmente i genitori chiedono visite pediatriche di controllo o indicazioni circa l'allattamento, lo svezzamento, le norme d'igiene e, di conseguenza, abbiamo svolto un'opera di sensibilizzazione a vasto raggio su queste tematiche.
Adulti e anziani. Negli ultimi anni si è cercato di orientare la popolazione all'uso di farmaci essenziali mentre si è utilizzato, come punto di riferimento per il secondo livello, il Poliambulatorio della Caritas in via Marsala; in particolare, data la vicinanza, uno dei centri Caritas più frequentati dai Rom è risultato essere quello odontoiatrico e molte strutture sanitarie della ASL Roma C.
Le persone adulte che si sono rivolte al CMM nel 1998 sono 114 (di cui 4 minorenni) su un totale di 252 adulti maggiorenni presenti al campo. Il clima che si respira a Vicolo Savini appare spesso caratterizzato da tensione

correlabile anche con lo stato di isolamento in cui vive la popolazione del campo rispetto al quartiere. Ciò si ripercuote sulla qualità di vita e sullo stato di salute.
Il 50,5% delle patologie dei pazienti giunti all'osservazione erano acute. Di queste il 37,6% infettive: la maggioranza forme di lieve gravità (sindromi influenzali, otiti, faringiti, laringiti, bronchiti, cistiti ecc.). Un solo caso di scabbia.
Due casi di maggiore gravità (broncopolmoniti) hanno richiesto il ricovero ospedaliero. Uno dei due però lo ha rifiutato ed è stato seguito per la terapia al campo. Tra le patologie non infettive segnaliamo una colica renale, artralgie, piccoli traumi, dolori ostemuscolari aspecifici, e sintomi gastroenterici: diarrea, nausea, vomito, dolori epigastrici. Tra i casi più gravi un infarto del miocardio.
Inoltre la popolazione lamenta frequentemente disturbi del sonno, inappetenza, facile irritabilità, stato ansioso. Si tratta di un dato interessante poiché, mancando generalmente di un riferimento per la medicina di base, tali patologie sono spesso ignorate e trascurate dai Rom che si rivolgono al Pronto Soccorso solo quando la sintomatologia diventa acuta. Rarissime quelle di origine infettiva.
La continuità di presenza del medico al campo consente di mantenere il monitoraggio di alcune patologie croniche e della relativa terapia quali: epilessia (1), ipotiroidismo (1), pancreatite cronica (1), gotta (1), eritrodermia e artrite psoriasica (1), cardiopatia ischemica (4).
Per tali casi il medico è un punto di riferimento disponibile pur non esercitando sempre un intervento attivo.
Sono stati osservati e seguiti solo due casi di diabete mellito (entrambi in età superiore ai 50 anni) mentre maggiore incidenza (15 casi) si osserva per l'ipertensione arteriosa presente anche in soggetti più gíovani (il 50% di età inferiore ai 60 anni).
La bronchite cronica pur non quantificabile (la sintomatologia classica è tanto frequente che spesso viene considerata quasi 'fisiologica') è un'osservazione comune anche per l'alta percentuale di fumatori, la notevole incidenza di malattie delle vie respiratorie acute ripetute e la pressoché costante esposizione ad altri agenti irritanti bronchiali (smog, polvere, vapori del microambiente domestico ecc.).
Molte delle visite richieste al CMM sono dovute a dolori addominali, epigastralgie, mialgie diffuse, astenia, cefalea, ecc. sintomatologie non sempre inquadrabili in una chiara diagnosi senza l'ausilio di accertamenti diagnostici di secondo livello.
Frequente è l'osservazione di patologie dell'apparato genitale femminile (fibromi, noduli mammari, utero fibromatoso, ovaio micropolicistico, gravidanza extra uterina, irregolarità aspecifiche del ciclo mestruale) che sempre più vengono indirizzate e poi seguite presso il Consultorio di via Montuori.

Non molto frequente invece (5,5% del totale delle osservazioni) è la visita di donne in gravidanza che si rivolgono al CMM non tanto per il monitoraggio, ma per alcuni consigli ed un orientamento ai servizi del SSN .
Non trascurabile il numero dei casi di sterilità di coppia (3 o 4 coppie). Una segnalazione particolare meritano infine i problemi odontostomatologici (carie dentaria e sue complicanze, stomatiti, ascessi, paradontopatie, richiesta di protesi) osservabili praticamente nella totalità della popolazione.
Solo una parte però si rivolge al Centro Odontoiatrico della Caritas, situato nei pressi del campo. Prioritario sarebbe un intervento di prevenzione adattato alle condizioni di vita e alle abitudini alimentari.

Attività sportive

Sono state effettuate diverse visite mediche a bambini e adolescenti per consentire loro di partecipare alle attività sportive dei Giochi della Gioventù organizzati dalle scuole nei mesi primaverili e abbiamo dialogato con le famiglie per convincerle dell'importanza di tali attività per il benessere psicofisico e l'inserimento sociale dei figli.

Visite specialistiche

Per quanto riguarda le visite specialistiche occorre fare alcune distinzioni.
Si è stabilito un solido riferimento presso il Consultorio di via Montuori per le visite ginecologiche, che sono le più richieste. Per altri tipi di problematiche che richiedono l'invio ad un ulteriore controllo solitamente gli utenti vengono avviati ai centri preposti della Caritas o, per la maggior parte, all'ambulatorio di Piazza Pecile. Altra patologia seguita è quella dermatologica per la quale i pazienti vengono generalmente indirizzati presso l'ospedale San Gallicano. Per tutti rimane il problema di una grande discontinuità nel proseguire lungo il percorso sanitario: così difficilmente la persona andrà se l'appuntamento con lo specialista è protratto nel tempo e la crisi più acuta è passata. Nello scorso anno la presenza degli operatori di un progetto denominato 'gestione' ha consentito di seguire alcuni casi più gravi e di stabilire un buon contatto con il laboratorio radiologico del CTO e con l'ospedale S. Gallicano. Rimane prevalente il dato che laddove si sia giunti ad una diagnosi (diabete, psoriasi, epilessia) le persone affette da queste malattie si affidano all'ospedale (solitamente il San Camillo) come punto di riferimento principale e individuano nel presidio sanitario al campo un punto in cui farsi spiegare meglio ciò che è stato prescritto all'ospedale e per ricevere le medicine.
Nel periodo post-estivo in assenza del 'posto di salute' al campo alcuni genitori hanno portato al consultorio anche i bambini per visite pediatriche, vaccinazioni e certificati per l'inserimento negli asili nido circoscrizionali.

Educazione sanitaria

Sono stati realizzati in modo saltuario incontri al campo in cui venivano dibattuti temi di carattere igienico-sanitario (in particolare un incontro è stato dedicato alle epatiti e alla loro prevenzione). Ci si propone di incrementarne la frequenza con l'apporto di materiale illustrativo anche sfruttando i momenti di pausa tra una visita e l'altra.
Tutti gli operatori hanno collaborato per avviare i Rom ai servizi territoriali per visite specialistiche, analisi, ricoveri.

Rapporti nel territorio con strutture mediche

La continuità della presenza settimanale al campo degli operatori sanitari della ASL, in particolare della pediatra e dell'assistente sanitaria, ha fatto sì che l'Ufficio d'Igiene e Profilassi ed il Consultorio Familiare di via Montuori diventassero un pò per tutti gli operatori del campo (operatori scolastici e della gestione, responsabile del campo, vigili del Nucleo Anti Emarginazione) un punto di riferimento per muoversi nei meandri della ASL così da facilitare il loro intervento e da tentare di migliorare l'igiene nel campo.

Nuove forme di collaborazione

I servizi sociali del Ministero di Grazia e Giustizia hanno inserito all'interno delle misure alternative alla detenzione di diverse donne (una decina) sia la collaborazione con l'équipe sanitaria al campo, che il seguire la loro salute e dei minori presso le strutture del consultorio. Questa scelta parte dal presupposto che l'affrontare in chiave preventiva la salute della donna (spesso tanto trascurata nella cultura rom) e dei bambini sia un positivo passo verso un maggior inserimento sociale. Presso il consultorio si sono attivate riunioni di coordinamento, di confronto, al fine di superare difficoltà, d'individuare punti critici ed ambiti di risolvibilità, promuovere nuove iniziative e forme di auto-aggiornamento.

Riammissioni scolastiche

Le riammissioni scolastiche, previa visita medica, vengono certificate dalla unità operativa per la medicina preventiva, ma nel giomo di presenza settimanale al campo l'équipe sanitaria dà anche questa prestazione.

Presidio stabile al campo

La convinzione che fosse utile integrare lo spazio del CMM della Caritas con un presidio sanitario stabile al campo, era già radicata da parecchio tempo all'interno dell'équipe sanitaria.
Dopo un percorso travagliato, che ha coinvolto diverse istituzioni del territorio ed ha avuto nell'anno passato un esito negativo, nel maggio del 1998 si è riu-

sciti finalmente a collocare nel campo una roulotte e a farvela permanere per circa tre mesi.
Ciò è stato possibile grazie ad una campagna di sensibilizzazione rivolta alla popolazione del campo e attraverso la costante permanenza dell'équipe che ha costruito uno stabile rapporto di fiducia.
Tale situazione si è risolta positivamente anche perché una delle famiglie rom si è assunta la responsabilità della roulotte e ne detiene le chiavi. Nella roulotte si svolgono tutte le attività relative ai minori.

Incontri di formazione e di contatto per operatori sanitari, insegnanti e operatori sociali (ONLUS)

Nello scorso anno scolastico si è realizzato presso il consultorio, un incontro dedicato alla pediculosi a cui hanno partecipato operatori sanitari dell'équipe, docenti e dirigenti scolastici, operatori scolastici delle associazioni che intervengono al campo.
Tale iniziativa è risultata positiva e proficua perché ha fatto sì che vari operatori che si scontrano su un problema così spinoso come quello della pediculosi si siano incontrati su un piano di confronto oggettivo e tranquillo in cui chiarire rischi e difficoltà.

Controlli igienico-sanitari

Ne sono stati eseguiti diversi ma data l'ubicazione e la particolare organizzazione del campo, spesso si sono conclusi senza risultato. Anche la semplice e spontanea 'chiacchierata' ha favorito il consolidarsi di un rapporto interpersonale.
Nonostante i continui richiami espletati sotto forma di educazione sanitaria, si è notato negli ultimi mesi dell'anno in corso uno scadimento delle condizioni generali del campo; rifiuti, cavi elettrici volanti, bagni divelti, bambini che circolano scalzi tra il liquame fuoriuscito da alcuni servizi igienici o fatiscenti. Il Campo risulta sovraffollato ed in precarie condizioni igienico-sanitarie, pertanto i disagi sono numerosi per gli occupanti dello stesso e per gli operatori ASL, ARCI, Caritas Diocesana, etc.

Controllo terapie pediculosi

Diverse volte l'assistente sanitaria e la pediatra sono andate a controllare la situazione della pediculosi dei bambini in roulottes e baracche e a spiegare alle madri quali operazioni effettuare per eliminare o diminuire il problema. Ciò ha creato momenti di gioco e di conoscenza molto simpatici, anche se poco proficui dal punto di vista dell'eliminazione del problema aggravato dalla convivenza in spazi ristretti.

Attività di coordinamento

Agli incontri di coordinamento all'inizio ristretti, hanno successivamente partecipato tutti coloro che ne hanno fatto richiesta. La psicologa coordinatrice del-

l'iniziativa si è fatta carico di convocare tutti, anche gli assenti, ad ogni riunione periodica .
La natura spontanea dell'iniziativa, la reale motivazione alla costruzione di una rete di servizi ha reso il clima molto collaborativo.
Si è rivelato utile agli incontri l'essere presenti e lo stabilire un ordine del giomo comprensivo di argomenti poco dibattuti nelle riunioni precedenti, di problematiche urgenti e di notizie su iniziative promosse e sui risultati raggiunti.
In occasione degli incontri che si tengono con cadenza mensile presso il Consultorio si è svolta con continuità un'azione informativa e di aggiornamento sulle normative che regolano l'accesso della popolazione straniera ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale.
L'iscrizione al SSN rimane il presupposto indispensabile per creare le premesse di una gestione ordinaria e razionale dell'assistenza sanitaria per il popolo rom.

Approfondimenti delle problematiche della cultura rom

Sono avvenuti attraverso la partecipazione di operatori e di alcuni Rom a incontri, dibattiti, proiezioni di film, concerti ecc.
Gli operatori si sono attivati nella ricerca di un mediatore Rom da inserire in alcuni progetti rivolti alla popolazione del territorio per l'area di competenza (es. gruppi di adolescenti, gruppi di genitori ed insegnanti, attivazione di un posto di salute presso il campo, ecc.).

L'attività di coordinamento: un momento di riflessione

Il coordinamento degli operatori ha attivato un'esperienza di lavoro in rete fatta in gruppo ed attraverso il gruppo. In questo caso si intende per rete un gruppo di persone riunite dinamicamente intorno ad un progetto comune di miglioramento della salute della popolazione zingara stanziata nella circoscrizione undicesima (il concetto di rete e di lavoro attraverso il gruppo è stato tratto da S.H. Foulkes ed adattato a questa esperienza).
Ciò che ha caratterizzato i nostri incontri è stato il clima di collaborazione instauratosi, il coraggio di riflettere sugli errori e di pensare un percorso in continua evoluzione, di evidenziarne i punti critici e di partire da questi per trasformarli in risorse positive.
Il costituirsi di una rete tra servizi, superando isolamento e pregiudizi, ha attivato nuove energie; il gruppo ha così promosso un'esperienza di coordinamento attivo. Proveremo a descriverne l'iter anche se il tradurre in parole ciò che si è vissuto in questi anni, ci sembra non faccia risaltare abbastanza i contributi di tutti.
Alcuni operatori delle Associazioni Arci/Capodarco, della Caritas e di Servizi della ASL Roma C, hanno individuato come sede per riunirsi il Consultorio Familiare di via Montuori e la psicologa, responsabile di questa struttura, come coordinatrice delle riunioni. Si è così costituita, quasi spontaneamente, un'area di coordinamento, divenuta nel tempo 'contenitore' di emozioni ed attivatrice

di una rete di relazioni in cui la specificità e l'autonomia dei servizi è stata garantita e sostenuta da riflessioni fatte in gruppo. Questa rete di e tra i servizi continua e cresce nel tempo.
E' interessante notare come le iniziative promosse non sono state esclusivamente rivolte alla popolazione nomade, ma anche agli stessi operatori. I partecipanti hanno sì sentito il bisogno di parlare delle esperienze fatte in ambito lavorativo, ma hanno anche mostrato, con sempre maggiore consapevolezza, la volontà di confrontarsi sulle difficoltà dei singoli nel promuovere attivamente l'integrazione, e di conoscere la cultura nomade nella sua specificità. Si è così iniziato a raccontare, a trasmettere informazioni, a divulgare iniziative.

L'importanza della trasmissione orale e dell'autoaggiornamento

Ciascuno, facendosi portavoce di esperienze, ha potuto usufruire di un ascolto empatico da parte del gruppo, ha potuto essere attore e conduttore di una piacevole forma di aggiornamento 'riconoscente', 'riconosciuto' nel proprio impegno lavorativo. Tutte le volte che ciò è avvenuto, il gruppo è diventato "contenitore" di se stesso, il contenuto ha preso strade diverse e si è profuso in imprevedibili ramificazioni.
A volte è stato gratificante verificare che iniziative pensate in gruppo sono state realizzate in totale autonomia e viceversa pensate individualmente e riportate al gruppo, come materiale dal quale partire per organizzare nuove iniziative.
Attualmente fanno parte del coordinamento operatori di più servizi ASL, della Circoscrizione, del Tribunale per i Minorenni, delle Associazioni Arci/Capodarco, della Caritas e si spera che possa partecipare al gruppo anche una rappresentanza della popolazione nomade.
Uno di noi ha pensato che la rete si reggesse miracolosamente, in realtà attivarla era nella mente di ognuno di noi e ciò è stato l'elemento promotore e fondante. In pratica la realizzazione sta avvenendo grazie all'impegno continuo di tutti; attraverso una sede stabile, la periodicità delle riunioni, un coordinamento attivo ed attento alle dinamiche di gruppo, e grazie alla presenza di due fondamentali condizioni per lo sviluppo di una rete visibile di relazioni (matrice) tra operatori di diversi servizi.
Le due condizioni ci sembrano essere queste:
1. che ciascun operatore o servizio o istituzione non si rappresenti come 'saturo', ma possa avvertire il valore dell'altro (operatore, servizio o istituzione) come suo proprio complemento. In questo senso la 'rete' è un'esigenza strutturale per ogni realtà sia individuale che collettiva ed istituzionale. La presenza attiva ed interattiva dell'altro è condizione per lo sviluppo e la vitalità di ciascuno;
2. che gli operatori, i servizi, le istituzioni siano interpellati da problemi reali che mettano alla prova la capacità di costruire risposte concrete e condivise da realizzare, attraverso il gruppo, in totale autonomia o con la partecipazione di più servizi.

I nomadi a Palermo

F. Grippi, L. Vassallo, G. Bruno, A. Guggino, S. Palazzo
Azienda USL - Palermo

Le tre comunità di Zingari attualmente presenti a Palermo vivono in una piccola area all'interno del Parco della Favorita, ex tenuta reale di caccia, unico vero polmone verde della città, che si trova a ridosso di Monte Pellegrino ed è attraversato da una strada congestionata dal traffico, in quanto collega Palermo alla stazione balneare di Mondello.
Qui vivono circa 200 nomadi, provenienti prevalentemente da Itova Mitrovica (ex Jugoslavia): in totale dodici 'famiglie' di religione musulmana, con un numero elevato di bambini (circa 100).
Accanto, si sono recentemente insediate, respinte da altre zone della città, altre due piccole comunità di circa 50 persone ciascuna. Purtroppo, come spesso capita, i rapporti tra i tre gruppi non sono improntati alla massima collaborazione, anzi diremmo che si tratta di un vero e proprio rapporto conflittuale, non solo dovuto a ragioni concorrenziali ma anche a motivi religiosi (una delle comunità è cattolica).

Oggetto del nostro intervento è la comunità nomade più numerosa: essa infatti ricade sotto la giurisdizione sanitaria del Distretto Sanitario Base 61 (DSB 61).
Lo scopo è quello di valutare la situazione igienico-sanitaria del campo, al di là delle tesi precostituite e dei vari aneddoti che spesso circolano su questa particolare popolazione, con atteggiamento il più possibile imparziale e con quel minimo di apertura intellettuale che possa consentirci di comunicare con gente 'diversa'.
La speranza è che si possano adottare tutti quei provvedimenti atti a tutelare la salute di questa gente in una logica di 'normalità', senza alcun tipo di ghettizzazione o esclusione.

Basta accedere al campo per rendersi immediatamente conto delle precarie condizioni strutturali e igieniche. Le strade di accesso e gli spazi tra baracche e roulottes, non essendo asfaltati, si presentano impaludati, con raccolta di acqua stagnante che copre buona parte della superficie, poiché non esiste un sistema di convogliamento e smaltimento delle acque di lavaggio e meteori-

che. La spiegazione ufficiale di tale stato di abbandono è che, trattandosi di area protetta e perciò sottoposta a vincoli di tutela ambientale, non è possibile alcun tipo di intervento.
Inoltre, i sopralluoghi effettuati in tempi diversi hanno evidenziato altri gravi inconvenienti, tra cui: la presenza di cavi elettrici volanti all'interno del campo privi di protezione e immersi per lunghi tratti in stagni e pozzanghere, l'assenza di WC collegati ad idonea rete di smaltimento con conseguente fecalizzazione e spargimento di liquami, la presenza di box WC di legno e lamiera ondulata strutturalmente precari, con vistosa presenza di feci ed eiezioni sparse, la presenza di costruzioni abusive fatiscenti e pericolose per incendi perché costruiti con cartone e legno.
Nonostante la gravità degli inconvenienti segnalati dall'Ufficio di Igiene Pubblica DSB 61, nessun intervento è stato a tutt'oggi effettuato, con evidente aggravamento dello stato di degrado che comporta gravi violazioni di norme igienico-sanitarie ed ambientali, non seconde, per rilevanza ed interesse della collettività, ad altre riguardanti eventuali vincoli a tutela di beni diversi.
La situazione sanitaria riscontrata riflette fedelmente lo stato di degrado testè descritto.
Infatti, la patologia di più frequente riscontro riguarda essenzialmente la cute, in cui prevalgono malattie come la scabbia, la pediculosi e la micosi, e l'apparato gastrointestinale, soprattutto nell'età infantile, con gastroenteriti virali, come emerge da osservazioni dirette e da notifiche di ricoveri ospedalieri.

Il nostro ufficio, in considerazione del fatto che gli Zingari non utilizzano le strutture sanitarie se non in regime di urgenza, già a partire dal 1994 ha assicurato in loco le vaccinazioni obbligatorie ai bambini presenti, vaccinazioni che hanno consentito l'inserimento di alcuni di essi nelle scuole.
Sono stati completati 91 cicli vaccinali di base, mentre 30 sono ancora in corso per la coorte di nati 0-4 anni e 44 da completare con le quattro dosi.
Si è inoltre posta particolare attenzione nei confronti di quelle patologie per le quali i baraccati vengono considerati gruppi a rischio, come la Tubercolosi (Tb).
È stato segnalato, dopo ricovero ospedaliero, soltanto 1 caso di Tb polmonare che risale al 1995, a carico di un ragazzo di 19 anni. In tale occasione, sono state sottoposte a tine-test 80 persone, includendo anche i contatti stretti. È stato possibile effettuare la lettura del test su 64 persone; di questi, 40 avevano un'età inferiore a 15 anni con un'età media di 6,5 anni; i rimanenti avevano un'età compresa tra i 17 ed i 50 anni.
I cutipositivi sono stati 17, di cui solo 4 nella fascia di età sotto i 15 anni, 6 persone sono state messe sotto chemioprofilassi con Isoniazide.
Nel luglio 1998, con l'obiettivo di conoscere l'indice tubercolinico della popolazione infantile, sono stati sottoposti a screening con tine-test 77 bambini su un totale di circa 100, con età media di 6 anni (notevole è stata la difficoltà a

reperire nel campo i ragazzi di 12-13 anni). La lettura è stata possibile su 70 bambini; il risultato è stato che soltanto 3 bambini, rispettivamente di 15, 12 e 6 anni, sono risultati positivi.
Questi rilievi sfatano l'opinione che i nomadi, al pari e forse più dei migranti, sono pericolosi vettori di malattie infettive emergenti come la Tb. Trattasi in realtà del solito quadro nosografico delle malattie da povertà, da degrado e da promiscuità, in gran parte motivate da gravi carenze igienico-sanitarie in cui un ruolo importante dovrebbe essere svolto da interventi preventivi coordinati e realizzati dalle autorità comunali. Ad esse spetta, infatti, il compito della gestione dei servizi comuni, come più volte sollecitato dal nostro ufficio.
Basterebbe questo semplice provvedimento per risolvere i problemi di salute di questa popolazione senza insistere ancora su programmi di screenings per patologie a rischio per la popolazione autoctona che, come ha mostrato il nostro intervento, sono inutili e costosi.
L'auspicio è che, finalmente, questa popolazione possa accedere alla rete sanitaria in modo normale e non eccezionale, anche grazie a campagne realizzate nel rispetto delle loro tradizioni.

PARTE QUARTA

ASPETTI NORMATIVI

di Giovanni Baglio e Salvatore Geraci

Area Sanitaria Caritas di Roma

Premessa

Nell'ordinamento italiano il concetto di *minoranza* è legato a quello della peculiarità linguistica e trova il suo fondamento nell'articolo 6 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela con apposite norme le minoranze linguistiche".
Alle minoranze linguistiche presenti nel nostro Paese non è, peraltro, riservata alcuna protezione specifica e viene lasciata all'iniziativa delle singole Regioni la possibilità di realizzare programmi di intervento nel settore della promozione culturale.
Da sempre in Italia, il rapporto tra i nomadi e la volontà legiferante è segnato da un'ambiguità insanabile: se la popolazione zingara sia da considerare minoranza etnica stanziale o se, invece, non la si debba assimilare alla categoria confusa ed eterogenea degli stranieri extracomunitari presenti sul territorio dello Stato.
La natura controversa degli Zingari, l'identità orgogliosa e imperscrutabile di coloro che le carte ecclesiastiche battezzarono *vagi et peregrini* hanno marcato i confini intorno a una realtà che da più parti viene giustamente definita 'terra di nessuno'.
In ambito sanitario, la regolamentazione dell'accesso all'assistenza medica da parte dei nomadi è stata in questi anni vaga e disarticolata; e soprattutto, è mancata una chiara politica sanitaria che mirasse a garantire alla popolazione zingara il diritto alla tutela della salute, diritto peraltro riconosciuto dalla Costituzione italiana (art. 32) a tutti gli individui, senza distinzione di razza, religione e cittadinanza. Obiettivo di queste pagine è di ricostruire l'attuale quadro normativo che definisce e regola il diritto all'assistenza sanitaria per la popolazione zingara presente in Italia, attraverso un rapido excursus della sua evoluzione a partire dal 1978 (anno in cui è stato istituito il Sistema Sanitario Nazionale - SSN), e con particolare riguardo alla dimensione legislativa regionale.

La legislazione nazionale in materia di salute

La legislazione nazionale in materia sanitaria, in tutta la sua storia evolutiva dal 1978 a oggi, non menziona mai gli Zingari, che vengono fatti rientrare nella categoria più generale degli stranieri, per estensione. Ciò vale per gli Zingari provenienti da altre nazioni e per quelli che, pur essendo presenti da diversi anni o magari nati in Italia, non hanno ancora acquisito la cittadinanza italiana. E' comunque da ricordare che il 70% degli Zingari sono italiani a tutti gli effetti e quindi per loro valgono le regole, le possibilità ed i livelli di assistenza che condizionano nel bene e nel male l'accessibilità e la fruibilità del SSN per ognuno di noi. In questo capitolo ci riferiremo quindi essenzialmente agli Zingari non cittadini italiani e, in particolare, nell'esame delle normative regionali, a coloro che vivono nei campi sosta o in aree più o meno attrezzate.
L'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli Zingari nel nostro Paese ha percorso quindi le medesime tappe che hanno scandito l'evoluzione dei rapporti tra gli immigrati e il Sistema Sanitario Nazionale.

La nuova legge sull'immigrazione (L. 40/98), che è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale nel marzo 1998, è l'ultimo approdo di tale percorso: la ricostruzione storica di tutto quello che ha preceduto la legge e la segnalazione *di sfuggita* delle numerose e frammentarie disposizioni che in questi anni hanno regolamentato il diritto alla salute e all'assistenza degli stranieri presenti in Italia, aiuteranno a comprendere meglio le conquiste attuali in politica sanitaria e a disegnare i futuri scenari possibili.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri prima della legge 40/98

Nel 1978, la Legge di riforma del sistema sanitario 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, individua tra le competenze dello Stato anche l'assistenza ai cittadini stranieri e agli apolidi: "Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative (...), l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri e agli apolidi nei limiti ed alle condizioni previsti da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti" (art. 6).
La legge fa riferimento all'articolo 32 della Costituzione che sancisce il diritto alla salute come diritto di tutti gli individui presenti all'interno dei confini dello Stato e non solamente di coloro che hanno la cittadinanza italiana: "La Repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".
Successivamente, il D.L. n.663/79 (decreto attuativo della L.833/78, successivamente convertito in L.33/80) determina le condizioni generali e le modalità di accesso degli stranieri al SSN, distinguendo tra coloro che "risiedono" in Italia e coloro che sono semplicemente "presenti": ai primi è data facoltà di richiedere l'iscrizione al SSN, mentre ai secondi si assicurano, nei presidi pubblici e convenzionati, le cure urgenti ospedaliere per malattia, infortunio e maternità (art. 5).
Nei due provvedimenti non si fa espresso riferimento ai nomadi che, però, rientrano nelle categorie suddette in quanto stranieri.
A) STRANIERI RESIDENTI: gli stranieri residenti in Italia possono fruire dell'assistenza sanitaria che viene assicurata a tutti i cittadini italiani, attraverso l'iscrizione al SSN.
Tale iscrizione è obbligatoria per i lavoratori, comunitari ed extracomunitari, e per i disoccupati comunitari iscritti nelle liste di collocamento.
E' prevista, invece, l'assicurazione volontaria per gli stranieri residenti non assicurati obbligatoriamente e in regola con le norme che disciplinano il soggiorno.
L'iscrizione prevede il pagamento di un contributo nella misura prevista a carico dei cittadini italiani assicurati obbligatoriamente presso il SSN e dà diritto alle stesse prestazioni spettanti agli italiani, con esclusione di quelle erogate, in forma diretta o indiretta, presso centri di altissima specializzazione all'estero.
B) STRANIERI NON RESIDENTI: gli stranieri non residenti in Italia, in base all'articolo 5 (comma 7) del D.L. 663/79, non possono iscriversi al SSN e, quindi, devono far fronte personalmente alle esigenze di assistenza sanitaria.

Lo Stato italiano, tuttavia, garantisce a tutti coloro che si trovano nel territorio nazionale le cure ospedaliere *urgenti* per malattia, infortunio e maternità, dietro pagamento di una tariffa stabilita per legge.
In base al D.P.R. 24.12.92 è possibile identificare nell'ambito degli stranieri presenti in Italia le seguenti categorie:

1. i turisti, i profughi e i nomadi che devono far fronte alle spese per le cure urgenti; in caso di insolvenza le USL devono rivolgersi al Ministero dell'Interno per il rimborso, tramite le competenti Prefetture;
2. i profughi in attesa del riconoscimento della qualifica, raccolti negli appositi centri predisposti dai Ministeri competenti, per i quali l'assistenza sanitaria necessaria in relazione alle loro condizioni di salute viene erogata dalle USL o da altre strutture sanitarie di associazioni o enti morali, con oneri a carico del Dipartimento della Protezione civile;
3. i titolari di pensione italiana ai quali sono garantite gratuitamente le prestazioni urgenti per malattia, infortunio e maternità;
4. i collocati alla pari;
5. gli studenti non residenti, con permesso di soggiorno per motivi di studio, che non abbiano la residenza o comunque non siano iscritti al SSN. Per questa categoria di stranieri, "è prevista all'atto dell'ingresso in Italia l'assicurazione obbligatoria per le prestazioni urgenti mediante pagamento del premio assicurativo di un'apposita polizza tipo con l'INA, prevista dalla convenzione sottoscritta dai Ministeri dell'Interno e della Sanità con il medesimo Istituto assicuratore".

Questa è l'unica norma sanitaria a carattere nazionale dove si citano esplicitamente i nomadi.

L'impostazione fin qui descritta rimane sostanzialmente invariata fino al 1995. Nel corso di quegli anni si è di fatto imposta la volontà politica di gestire il fenomeno dell'immigrazione in termini di transitorietà e urgenza; i nomadi, pur essendo una presenza visibile e ben più datata degli immigrati, sono ignorati come espressione di eventuali necessità specifiche per quanto attiene l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari. Ne è una riprova il basso profilo normativo dei provvedimenti riguardanti la salute delle popolazioni straniere immigrate in Italia: 31 atti legislativi in tutto, dal 1978 al 1995, riguardanti direttamente la salute dei cittadini stranieri o, più in generale, il fenomeno dell'immigrazione (3 Leggi, 2 DPR, 8 Decreti Legge, 17 Decreti Ministeriali), costituiscono il frastagliato e instabile quadro normativo di riferimento.
La tutela della salute degli immigrati è resa fragile dai limiti temporali e spaziali imposti all'accessibilità dei diritti. I *limiti temporali* fanno riferimento alla necessità di rinnovare l'iscrizione al SSN ad ogni rinnovo del permesso di soggiorno che, non essendo automatico, lascia per motivi burocratici delle finestre prive di copertura assistenziale. Per *limiti territoriali* si intende, invece, l'obbligo della residenza anagrafica per poter formalizzare l'iscrizione al SSN: tale proble-

ma si pone a causa dell'impossibilità di iscrizione anagrafica per gli stranieri, lavoratori o disoccupati, dimoranti in strutture collettive private o pubbliche, o comunque senza fissa dimora, in base a un'interpretazione restrittiva del regolamento anagrafico definito nel DPR 223/89; è facile capire come in particolare gli Zingari fossero di fatto esclusi da un diritto che in quegli anni definimmo provocatoriamente *di carta.*

Il decreto Dini

Nel 1995, il DL 18.11.95 n. 489 (noto come *Decreto Dini*) rappresenta una rivoluzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati: si estende il diritto alle cure ordinarie e continuative oltre che agli immigrati con permesso di soggiorno anche a quelli irregolari e clandestini seppur con alcune limitazioni.
Con l'art. 13 si decreta che: *"Agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere assistenziali (in seguito divenute essenziali), ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E' altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonchè le altre prestazioni individuate con il decreto del Ministro della Sanità, adottato di concerto con il ministero del Tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali".*
Per la prima volta in Italia, dunque, vengono garantite anche agli stranieri presenti non in regola con le norme dell'ingresso e del soggiorno (dunque irregolari e clandestini come specificato meglio in una successiva circolare ministeriale) le cure ambulatoriali e ospedaliere continuative per malattie e infortuni.
Il decreto è andato incontro a varie reiterazioni; alla sua scadenza i contenuti sono stati 'salvati' da tre successive Ordinanze Ministeriali ed infine sono diventati Legge dello Stato con l'approvazione della Legge 40 del 1998 (l'ultima legge sull'immigrazione).

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri secondo la legge 40/98

Dopo un intenso lavoro preparatorio, il 14 febbraio 1997 il Governo ha presentato un atteso Disegno di Legge (ddl) dal titolo "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" con il dichiarato obiettivo di "*superare la logica dell'emergenza e dei provvedimenti tampone, per confermare l'impegno europeista dell'Italia e il rispetto di accordi e convenzioni, per garantire un limpido percorso di cittadinanza agli immigrati regolari, per contrastare l'im-*

migrazione clandestina e lo sfruttamento criminale dei flussi migratori, per regolare il flusso degli ingressi" (dal Comunicato del 14 febbraio 1997 dell'Ufficio Stampa della Presidenza del Consiglio dei Ministri).
Il 19 febbraio 1998 il Senato ha definitivamente approvato questa legge che è stata pubblicata con data 6 marzo 1998 con il n. 40 (G.U. 59 del 12.3.1998). Il 25 luglio 1998 è stato infine pubblicato il Testo Unico (n. 286) che riunifica tutte le norme sull'immigrazione contenute in precedenti atti legislativi. Si tratta di una legge organica di matrice governativa certamente innovativa e moderna sia sul piano del_metodo, sia nei contenuti. Sul metodo in quanto il legislatore si è limitato a dettare una serie di principi fondamentali ed a regolare dei passaggi decisivi di procedure importanti, rinviando per i meccanismi attuativi più puntuali ad un regolamento d'attuazione da emanarsi entro sei mesi e lasciando la possibilità di emanare entro due anni dei decreti correttivi per assicurarne una migliore attuazione.
Sul piano dei contenuti è innovativa poiché viene riconosciuto al fenomeno migratorio una valenza strutturale e non transitoria o legata all'emergenza: un'ampia programmazione, la certezza di alcuni percorsi di tutela sociale e di reale cittadinanza, l'individuazione di strumenti potenzialmente efficaci per la regolazione degli ingressi per lavoro subordinato, autonomo e studio.
Non entriamo nel merito di una valutazione complessiva del provvedimento e delle successive norme applicative che in particolare per gli zingari non tengono conto di alcune peculiarità, ma possiamo certamente considerare positiva la nuova normativa sanitaria introdotta che ci colloca in una posizione avanzata e lungimirante tra le politiche sanitarie in questo settore nel contesto europeo. Dopo anni di stratificazioni di norme pensate e tarate per un'immigrazione strutturalmente diversa da quella attuale, questa legge riorganizza la materia sanitaria in modo chiaro e, ci auguriamo, percorribile. Il tema è specificamente trattato in tre articoli, dal 34 al 36 del Testo Unico (erano il 32, 33 e 34 della Legge 40/98); il primo contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul nostro territorio cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35 affronta il tema di tutela sanitaria "*a salvaguardia della salute individuale e collettiva*" anche nei confronti di coloro "*non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno*", i cosiddetti irregolari e/o clandestini; l'articolo 36 infine contiene le norme che disciplinano l' "*Ingresso ed il soggiorno per cure mediche*".
All'interno dei percorsi di integrazione e di cittadinanza queste nuove norme si sono proposte di favorire al massimo la possibilità di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti e per i loro familiari. Ciò nella piena uguaglianza di diritti e di doveri con i cittadini italiani e secondo modalità che garantiscano la parità di trattamento; per favorire una stabilità del diritto all'assistenza sono stati quindi inseriti correttivi quali il permanere della validità dell'iscrizione al SSN nel periodo in cui sono in corso le procedure per il rinnovo del permesso di soggiorno. La legge dirime inoltre

la questione della possibilità e delle condizioni di iscrizione al SSN per i lavoratori disoccupati stranieri e per i loro familiari a carico, sancendone la piena parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e di doveri con i cittadini italiani. L'aver abolito il requisito della residenza come condizione di iscrizione al SSN (sostituendolo con il luogo di effettiva dimora) dovrebbe favorire l'iscrizione a quanti a causa della precarietà alloggiativa ed economica erano costretti a continui spostamenti sul territorio nazionale; il riferimento ai nomadi stranieri, pur non espresso, pare implicito.
Con l'art. 35 del Testo Unico, la legge riprende, tra l'altro, le disposizioni del Decreto Legge 489/95 (Decreto Dini), art. 13 ed i successivi telex esplicativi (prof. Guzzanti), le Ordinanze Ministeriali (on. Bindi), che abbiamo già citato.
Nella consapevolezza che la condizione di irregolarità - che la legge nel suo complesso intende evitare e combattere - si può facilmente accompagnare a condizioni di forte precarietà economica, nello stesso articolo si prevede che le prestazioni citate siano erogate "se*nza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani*". Nessuna prestazione deve comportare inoltre segnalazione all'autorità giudiziaria, salvo i casi ove è previsto il referto. Fornire prestazioni sanitarie, svincolate dall'ipotesi di eventuali segnalazioni all'Autorità giudiziaria, vuol dire, in pratica, far sì che la paura di una denuncia da parte del sanitario o di una conseguente espulsione dal territorio dello Stato non siano più per l'extracomunitario e per lo Zingaro causa di 'clandestinità sanitaria'.

Certamente la 'soluzione' di molte problematiche sanitarie vissute dalle persone straniere nel nostro paese (in particolare di tipo burocratico-organizzativo) dipenderà dall'adeguatezza e funzionalità del successivo Regolamento di attuazione che insieme alla sua applicazione, come ha sottolineato il Ministro Turco, "sono la vera sfida di questa Legge". Va comunque ricordato come a livello locale, regionale (Veneto, Lazio, Umbria) e di alcuni grossi comuni (Bologna, Firenze), soprattutto nel campo dell'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, siano state avviate politiche sanitarie attive e ne siano stati evidenziati i limiti e le possibilità. Saper leggere queste esperienze, poter individuare percorsi amministrativi percorribili e correggere alcune approssimazioni permetteranno all'Italia di dotarsi di uno strumento normativo per una politica sanitaria certamente all'avanguardia nei confronti degli altri paesi europei, sia in termini di reale tutela della salute individuale e collettiva, sia nella possibilità di una gestione razionale delle risorse esistenti.
Riportiamo alcuni semplici schemi che sintetizzano la nuova normativa sanitaria per gli stranieri in Italia anche alla luce delle anticipazioni circa il regolamento d'attuazione che alla data attuale non è stato ancora emanato (novembre 1998).

Aspetti sanitari: istruzioni per l'uso

**Legge 40/1998; Direttiva Ministro Sanità DPS-X-40/98/1010 del 22.4.1998;
Testo Unico: D. Lgs. 25 luglio 1998, n°286; Bozza Regolamento d'Attuazione - nov. 1998**

ARTICOLO 34 T.U. ASSISTENZA AGLI STRANIERI ISCRITTI AL SSN

Hanno l'obbligo di iscrizione al SSN ed hanno parità di trattamento e piena eguaglianza di diritti e doveri

✔ stranieri regolarmente soggiornanti per lavoro subordinato, autonomo, disoccupati in liste di collocamento,
✔ motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, richiesta asilo,
✔ attesa adozione, affidamento, acquisto cittadinanza,
✔ *ciò vale anche per familiari a carico.*

obbligo contributivo:

✔ iscrizione gratuita per disoccupati,
✔ stesse aliquote previste per gli italiani (IRAP e addizionale regionale IRPEF)

assistenza erogata in Italia dal SSN:

✔ accesso a tutti i servizi e le prestazioni,
✔ protesica e riabilitazione,
✔ cure all'estero in forma indiretta.

validità temporale:

✔ senza rinnovo annuale,
✔ l'iscrizione decade contestualmente alla negazione del rinnovo del permesso di soggiorno o se esso viene sostituito da un permesso che non preveda l'iscrizione obbligatoria.
✔ ai fini dei controlli: autocertificazione,
✔ non é richiesta la residenza come requisito necessario per iscrizione,
✔ per chi non ha la residenza: autocertificazione di effettiva domiciliazione come indicato dal Permesso di Soggiorno.

documenti richiesti:

✔ permesso di soggiorno o certificato sostitutivo se in corso di rinnovo,
✔ codice fiscale,
✔ residenza o autocertificazione di effettivo domicilio (certificato di disoccupazione or dichiarazione redditi, ...).

Tenuti alla copertura sanitaria ma con facoltà di iscriversi al SSN

✔ gli stranieri che non rientrano nelle categorie iscritte obbligatoriamente sono tenuti ad assicurarsi
- contro il rischio di malattia, infortunio e maternità or
- con polizza con istituto assicurativo italiano o estero or
- iscrizione facoltativa al SSN

es: residenza elettiva, studenti, persone alla pari, motivi religiosi, ...

✔ l'iscrizione facoltativa prevede il pagamento di una quota annuale con tariffe diversificate
✔ l'iscrizione facoltativa non prevede l'estensione della copertura sanitaria ai familiari a carico.

fonte: Area Sanitaria Caritas, 1998

Aspetti sanitari: istruzioni per l'uso

Legge 40/1998; Direttiva Ministro Sanità DPS-X-40/98/1010 del 22.4.1998; Testo Unico: D. Lgs. 25 luglio 1998, n°286; Bozza Regolamento d'Attuazione - nov. 1998

ARTICOLO 35 T.U. ASSISTENZA AGLI STRANIERI NON ISCRITTI AL SSN

STRANIERI NON ISCRITTI OBBLIGATORIAMENTE O FACOLTATIVAMENTE AL SSN

(es. turisti o chi ha permessi di breve durata)
pagano tariffe intere delle prestazioni sanitarie

AGLI STRANIERI NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO E AL SOGGIORNO

(irregolari e clandestini)

sono assicurate:

✔ cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali ancorchè continuative per malattia, infortunio, programmi medicina preventiva..

in particolare garantite:

✔ tutela gravidanza e maternità, tutela minore (fino a 18 aa) ,
✔ vaccinazioni,
✔ profilassi internazionali, profilassi,
✔ diagnosi e cura malattie infettive e bonifica focolai.

le prestazioni sanitarie non possono comportare denuncia alle autorità di pubblica sicurezza:

✔ eccetto casi dove è obbligatorio referto.

per accedere alle prestazioni:

✔ codice STP (valido a livello nazionale) rilasciato da strutture pubbliche,
✔ valido anche per le prescrizioni di medicinali su ricettario regionale,
✔ alla Struttura serve per rendicontare le prestazioni e per chiederne il rimborso (alla Regione o per le prestazioni e ricoveri urgenti al Ministero dell'Interno).

indigenti:

✔ le prestazioni erogate non comportano spese ad esclusione del pagamento del ticket ove previsto per indigenza: autodichiarazione.

LE REGIONI INDIVIDUANO LE MODALITÀ PIÙ OPPORTUNE PER GARANTIRE LE CURE ESSENZIALI

✔ esse possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera,
✔ eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica.

fonte: Area Sanitaria Caritas, 1998

Infine un secondo evento del 1998 che ben completa le norme sanitarie contenute nella Legge 40/98 è stato l'emanazione del *Piano Sanitario Nazionale* (PSN) *"Un patto di solidarietà per la salute"*, vero e proprio documento programmatico delle scelte e delle priorità nella sanità in Italia per il triennio 1998-2000. Tra gli Obiettivi *di salute*, il IV è quello di *Rafforzare la tutela dei soggetti deboli* ed ha al II punto gli *Stranieri immigrati*.
Entro il triennio il PSN si pone i seguenti obiettivi specifici:

- l'accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale;
- la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana deve essere estesa alla popolazione immigrata.

Dovranno essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:

- sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;
- formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;
- organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.

Ancora una volta non si parla esplicitamente di Zingari ma, per naturale 'estensione' della volontà politico-programmatoria espressa a favore della tutela di soggetti deboli (a questo proposito sono citati anche i minori, le donne, gli anziani, ...; indipendentemente dalla nazionalità), riteniamo che ciò possa essere un ulteriore strumento per rafforzare o per avviare adeguate politiche di promozione della salute di questa popolazione.

Negli ultimi anni quindi, il legislatore ha dimostrato di saper affrontare in modo sempre più mirato e completo le tematiche sanitarie collegate all'immigrazione e per estensione (!!!) anche agli Zingari stranieri, privilegiando un'ottica di equità e di sanità pubblica ed improntandone il SSN. Ci si aspetta che le norme regolamentari nazionali e locali possano rendere operative tali disposizioni e si auspica un significativo impegno formativo e di sensibilizzazione che veda coinvolti i diversi operatori dei servizi.

La legislazione regionale

La legislazione sanitaria nazionale riconosce alle Regioni funzioni di tipo organizzativo e programmatorio. Già il DPR 616/77 attribuiva alle Regioni il compito di "stabilire i criteri di programmazione e di organizzazione dei servizi degli enti locali territoriali, i tipi e le modalità delle prestazioni".
In tempi recenti, i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 riconoscono alle Regioni maggiore autonomia nell'ambito della gestione sanitaria locale, anche in relazione agli strumenti finanziari, confermando l'attribuzione alle Regioni e alle Province autonome delle funzioni legislative ed amministrative in materia sanitaria ed ospedaliera.
Il ruolo centrale svolto dalle Regioni in termini di politica sanitaria ci spinge a considerare con particolare attenzione le iniziative legislative prese dalle varie amministrazioni regionali, soprattutto in materia di assistenza sanitaria alla popolazione nomade presente.
Leggi specifiche per gli Zingari sono state emanate in questi anni. La prima è della Regione Veneto e risale al 1984; seguono poi il Lazio, la Provincia autonoma di Trento, la Sardegna, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana (con due provvedimenti legislativi: il primo del 1988, il secondo del 1995), l'Emilia Romagna, la Lombardia, la Liguria, il Piemonte e le Marche.
Non possiamo fare a meno di notare, in via preliminare, che in mancanza di un quadro di riferimento nazionale che regoli in modo specifico il diritto alla salute per le popolazioni nomadi, le iniziative regionali hanno di fatto affrontato la questione prevalentemente in termini di vigilanza igienico-sanitaria dei campi sosta. Mentre, per quanto riguarda l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche vigono quasi ovunque le medesime disposizioni che sono applicate alla popolazione immigrata presente sul territorio regionale. Con qualche eccezione, naturalmente. Ad esempio, la Toscana ha previsto una quota capitaria da ripartire ai Comuni per prestazioni di assistenza sanitaria prestate dal volontariato ai nomadi non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale: si tratta di un primo, significativo passo verso l'assistenza sanitaria integrata tra il sistema pubblico e le strutture del privato sociale, mediante il sistema del convenzionamento.
Esistono, e non le abbiamo volutamente menzionate, altre leggi (per immigrati e/o profughi e sfollati), delibere, circolari regionali, comunali o di singole Aziende Sanitarie che affrontano il tema della salute degli stranieri o specificatamente dei nomadi. Lungi dal voler essere esaustivi in questo paragrafo (aggiornato al 1996), vogliamo offrire un quadro di riferimento per quanto riguarda i percorsi normativi regionali per la promozione della salute degli Zingari ed evidenziare una impostazione forse superata nei fatti.

Regione Veneto

Legge Regionale 13 luglio 1984: *Interventi a Tutela della Cultura dei Rom.*
E' costituita da 13 articoli. Si legge all'art. 1 che "la Regione Veneto intende tutelare con forme apposite di intervento la cultura dei Rom, ivi compreso il diritto al nomadismo e alla sosta all'interno del territorio regionale". Si prevedono, inoltre, forme specifiche di intervento da parte della Regione, tra cui l'erogazione di contributi ai Comuni per la realizzazione di campi sosta, per l'istruzione dei bambini e la formazione professionale e per la realizzazione di iniziative a sostegno dell'artigianato tipico della cultura dei Rom (art. 2).
A proposito dell'assistenza sanitaria, all'art. 3 si legge: "Al campo devono essere garantite, a cura dell'USSL competente per territorio, la vigilanza e l'assistenza sanitaria".

Regione Lazio

Legge Regionale 24 maggio 1985 n. 82: *Norme a favore dei Rom.*
Consta di 11 articoli. All'art. 1: "La Regione detta le norme per la salvaguardia del patrimonio culturale e l'identità dei Rom e per evitare impedimenti al diritto al nomadismo ed alla sosta all'interno del territorio regionale nonché alla fruizione delle strutture per la protezione della salute e del benessere sociale". E' prevista, inoltre, l'erogazione di contributi ai Comuni, nonché a Enti pubblici e privati, allo scopo di promuovere interventi mirati in favore della popolazione zingara. Si specifica, inoltre che "l'Unità Sanitaria Locale competente per territorio garantisce al campo di sosta la vigilanza igienica e l'assistenza sanitaria" (art. 4).
L'art. 9 istituisce una Consulta Regionale per la tutela delle popolazioni Rom (CRPR), con i seguenti compiti: a) studiare le problematiche connesse al fenomeno del nomadismo, i suoi effetti sulla vita economica e sociale della Regione, le condizioni di vita e di lavoro dei nomadi, al fine di proporre "soluzioni compatibili con la legislazione e la regolamentazione amministrativa italiana e regionale"; b) esprimere parere motivato sul programma annuale di interventi; c) esprimere parere sulle proposte di leggi regionali che riguardano direttamente o indirettamente le popolazioni nomadi; d) formulare proposte in merito all'attuazione nel territorio regionale di leggi e provvedimenti nazionali, comunitari e regionali, particolarmente in ordine all'abitazione, all'istruzione scolastica, alla previdenza e all'assistenza, e all'effettivo esercizio dei diritti civili e politici.

Provincia autonoma di Trento

Legge 2 settembre 1985 n. 15: *Norme a tutela degli Zingari.*
E' composta da 15 articoli. L'art. 1 – Oggetto della disciplina – recita: "La presente legge disciplina gli interventi rivolti alla tutela degli Zingari, con particolare riguardo al diritto al nomadismo e alla sosta all'interno del territorio provinciale". Si prevedono piani per la realizzazione di campi sosta, la cui gestione può essere affidata anche ad associazioni di volontariato o a

cooperative senza fini di lucro (artt. 2 e 3). L'art. 7 prevede che al campo sosta e di transito sia garantita la vigilanza igienico-sanitaria. E' istituita presso la Giunta Provinciale la Consulta Provinciale per la tutela degli zingari (art.10).

Regione Sardegna

Legge Regionale 2 febbraio 1988: *Tutela dell'etnia e della cultura dei Nomadi.*
E' composta da 14 articoli. All'art. 1 si legge: "Per la tutela del patrimonio etnico e culturale degli Zingari la Regione sarda promuove interventi diretti ad evitare impedimenti al nomadismo ed alla sosta nel territorio della Sardegna ed a garantire la disponibilità e l'utilizzazione di strutture a difesa della salute e della convivenza e benessere sociale". Si prevedono, all'art. 3, contributi alle Province e ai Comuni, nonché a Enti pubblici e privati, per favorire la conoscenza e la tutela delle forme espressive, delle tradizioni culturali e delle produzioni artistiche e artigianali tipiche delle popolazioni nomadi; la scolarizzazione dei bambini; la realizzazione e gestione dei campi sosta (art. 3).
All'art. 5 Comma 2 si specifica che "l'Unità Sanitaria Locale competente per territorio garantisce al campo sosta la vigilanza igienica e l'assistenza sanitaria".

Regione Friuli-Venezia Giulia

Legge Regionale 9 febbraio 1988: *Norme a tutela della cultura Rom nell'ambito del territorio della Regione autonoma.*
E' la più complessa tra le leggi regionali: consta di 31 articoli. Accanto alle garanzie generali di tutela dell'identità dei nomadi, sono specificate le norme per l'inserimento nelle attività scolastiche e per la formazione dei giovani, le norme relative ai minori (minori in carcere con le madri, minori di madri detenute e minori in carcere per reati da loro stessi commessi) e la predisposizione di progetti speciali per iniziative cooperative di solidarietà sociale. L'art. 6 riguarda i servizi nei terreni stanziali e campi transito: comma 2 - "Le Province, i Comuni e le Unità sanitarie Locali garantiscono la disponibilità di personale (...), curando comunque: a) l'osservanza dei regolamenti nella vita del terreno stanziale e del campo transito; b) il coordinamento con gli uffici comunali; c) l'educazione sanitaria; d) la prevenzione dei rischi in materia di igiene; e) il coordinamento con le scuole frequentate dai Rom nomadi e sedentari (...)". L'art.19 istituisce la Consulta regionale per la tutela della minoranza Rom.

Regione Toscana

Legge Regionale 12 marzo 1988 n. 17: *Interventi per la tutela dell'etnia Rom.*
Consta di 19 articoli e 2 allegati. Art. 1: "La Regione detta norme per la salvaguardia del patrimonio culturale e l'identità dei Rom e per evitare impedimenti al diritto al nomadismo ed alla sosta all'interno del territorio regionale nonché alla fruizione dei servizi sociali e sanitari".

L'art. 11 riguarda l'assistenza sanitaria: "Ai Rom sono fornite tutte le prestazioni sanitarie e assistenziali dal Comune e dalla USL nel cui territorio essi hanno abituale dimora. La USL competente per territorio provvede a rilasciare il documento per l'assistenza sanitaria a coloro che hanno domicilio nel campo-sosta attivando le procedure fissate dalla normativa regionale. Per quanto riguarda il diritto all'assistenza sanitaria per i non stabili, si applicano le norme vigenti per gli stranieri e i cittadini italiani non residenti".
Oltre alle iniziative nell'ambito della formazione professionale, sono previsti specifici interventi di inserimento nel mondo del lavoro, con erogazione di contributi per l'acquisto o il rinnovo delle attrezzature necessarie per l'esercizio delle attività lavorative (art. 10).

Legge Regionale 18 aprile 1995 n. 73: *Interventi per i popoli Rom e Sinti*.
Consta di 17 articoli. Nella legge si fa riferimento ad aree attrezzate, distinte in residenziali e di transito: le prime sono destinate ad accogliere le famiglie Rom e Sinti che chiedono di stabilirsi nel territorio comunale; le aree di transito, invece, sono destinate alla collocazione dei servizi per le famiglie di Rom e Sinti che transitano attraverso il territorio comunale (art. 4).
L'assistenza sanitaria è oggetto dell'art. 13, che riprende in parte l'articolo 11 della precedente legge, con alcune precisazioni: "(...) Ai non aventi diritto all'assistenza sanitaria sono comunque estese le prestazioni rientranti nelle campagne di prevenzione per la collettività, organizzate dall'Azienda USL e approvate dalla Regione, ai sensi delle disposizioni vigenti. Il consiglio regionale (...) individua una quota capitaria da ripartire ai Comuni quale contributo per prestazioni di assistenza sanitaria ai Rom e Sinti per i quali non sussistono le condizioni di assicurazione al servizio sanitario regionale, da erogarsi attraverso il volontariato operante nel settore della sanità".

Regione Emilia Romagna

Legge Regionale 23 novembre 1988: *Norme per le Minoranze Nomadi in Emilia Romagna*.
Consta di 19 articoli. Le finalità della legge sono specificate all'art. 2: favorire la tutela delle forme espressive e delle tradizioni culturali; realizzare aree di sosta attrezzate; promuovere attività di formazione professionale e di attuazione del diritto allo studio e iniziative di sostegno all'esercizio di attività artigiane.
L'art. 8 riguarda la vigilanza igienico-sanitaria delle aree, che è garantita dalle Unità Sanitarie Locali competenti per territorio. Gli interventi di assistenza sanitaria e sociale sono specificati all'art. 14: "I nomadi cittadini italiani residenti fruiscono delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, nonché di tutte le prestazioni sanitarie garantite agli altri cittadini. I nomadi non aventi la cittadinanza italiana e gli apolidi hanno diritto a fruire delle prestazioni sanitarie nei limiti e con le modalità stabiliti dallo Stato (...). I

nomadi residenti in altre regioni e presenti nelle aree di sosta sono iscritti a cura dell'Unità Sanitaria Locale competente per territorio negli elenchi degli iscritti (...)".
E' istituito un Comitato consultivo per le attività in favore dei nomadi (art. 16).

Regione Lombardia

Legge Regionale 31 ottobre 1989 n. 299: *Azione regionale per la tutela delle popolazioni appartenenti alle "Etnie tradizionalmente nomadi e seminomadi".*
E' composta da 15 articoli. Tra le finalità dichiarate all'art. 2: "Approfondire la conoscenza del patrimonio culturale e delle tradizioni delle popolazioni nomadi (...); salvaguardare la specificità culturale e linguistica della tradizione delle genti nomadi; favorire l'accesso ai servizi pubblici e un efficace utilizzo di essi (...); definire azioni specifiche a tutela sociale di minori (...)".
L'accesso ai servizi sanitari è regolato dall'art. 4: "Ai fini dell'accesso ai servizi socio-sanitari anche la temporanea sosta in territorio comunale della zona socio-sanitaria da parte dei nomadi cittadini italiani, costituisce titolo per la fruizione presso le USSL delle prestazioni sanitarie (...). Per i nomadi sprovvisti di cittadinanza italiana si applicano le disposizioni vigenti in ordine all'accesso e alle modalità di fruizione dei servizi alla persona relative ai cittadini stranieri e agli apolidi".
L'art. 6 specifica che i benefici e le provvidenze contemplati nella legge possono venire erogati ai nomadi sprovvisti di cittadinanza italiana solo se in regola con le vigenti norme sul soggiorno degli stranieri in Italia.
Oltre alla Consulta regionale per il nomadismo, prevista all'art. 10, la legge istituisce anche un comitato tecnico per l'indagine conoscitiva e per le proposte.
Per lo svolgimento degli adempimenti previsti dalla legge, la Giunta Regionale assicura l'esercizio delle competenze anche attraverso il comando e/o il distacco di operatori laureati e tecnici del Servizio Sanitario Nazionale e degli enti locali, la mobilità settoriale e compartimentale e la stipula di contratti a termine (art. 13).

Regione Liguria

Legge Regionale 22 luglio 1992 n. 6.
Si compone di 14 articoli. Destinatari della legge sono gli Zingari di cittadinanza italiana e quelli di cittadinanza straniera o apolidi nel rispetto delle norme vigenti in materia di soggiorno in Italia (art.1). Si riconosce ai nomadi il diritto allo studio (accesso e frequenza scolastica per i bambini, educazione permanente per gli adulti in forme compatibili con la loro cultura) e sono previste iniziative di sostegno al lavoro e all'artigianato.
L'art. 8 riguarda l'assistenza sociale e sanitaria: "(...) I nomadi cittadini italiani residenti fruiscono delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, nonché di tutte le prestazioni sanitarie garantite agli altri cittadi-

ni. I nomadi non aventi la cittadinanza italiana e gli apolidi hanno diritto a fruire delle prestazioni sanitarie nei limiti e con le modalità stabilite dallo Stato (...).
E' istituito un Comitato per la tutela delle popolazioni nomadi (art.10).

Regione Piemonte

Legge Regionale 25 febbraio 1993: *Interventi a favore della popolazione zingara*.
Consta di 14 articoli. Si fa riferimento alla salvaguardia dell'identità etnica e culturale degli zingari, alle aree attrezzate per la sosta, all'istruzione e alla formazione professionale.
All'art. 5 si fa riferimento all'assistenza sanitaria: comma 4 - "Nelle aree (di sosta attrezzate *ndr*) di cui all'art. 4 devono essere garantite, a cura delle USSL competenti per territorio, costante vigilanza e regolare assistenza sanitaria, avviando sistematicamente misure di medicina preventiva e di educazione igienico sanitaria e alimentare".
Si istituisce una consulta regionale (art. 9) e si prevede l'erogazione di contributi per finanziare interventi specifici di tutela e di promozione della popolazione nomade.

Regione Marche

Legge Regionale 5 gennaio 1994 n. 3: *Interventi a favore degli emigrati, degli immigrati, degli apolidi, dei nomadi e delle loro famiglie*.
Si compone di 28 articoli. I destinatari della legge, come risulta dal titolo, sono appunto a) gli emigrati marchigiani per origine e/o residenza, che abbiano maturato un periodo di permanenza all'estero per motivi di lavoro non inferiore a tre anni; b) i cittadini immigrati nella Regione in regola con il permesso di soggiorno; c) i rifugiati in possesso dello status giuridico di rifugiato e le loro famiglie; d) gli apolidi e nomadi; e) i minori stranieri non accompagnati da genitori e/o familiari.
La legge promuove e sostiene l'istituzione delle aree di sosta per i nomadi, la cui vigilanza igienico-sanitaria è garantita dalle USL competenti per territorio (art.18).
Sono previsti sostegni per il diritto allo studio e attività di formazione e riqualificazione professionale.
L'art.22 fa genericamente riferimento a interventi socio-assistenziali: "Tutti gli interventi previsti per i cittadini italiani sono previsti anche per i destinatari della presente legge sulla base delle leggi nazionali vigenti".

Considerazioni conclusive

- Le attuali normative sul ruolo e le responsabilità operative delle Aziende Unità Sanitarie Locali già definiscono gli ambiti di intervento ad esempio per tutelare e garantire le norme igienico-sanitarie dei campi/villaggi. Così come le norme sull'accesso al Servizio Sanitario Nazionale sono regolate, come abbiamo visto, da una serie di provvedimenti legislativi per gli italiani o per gli stranieri che non prevedono la 'figura giuridica' dello Zingaro in quanto tale.
- La Legge regionale diviene un utile strumento dove riesce ad 'aggiungere' qualche cosa soprattutto nel senso di una 'politica attiva' per la promozione della salute del popolo zingaro; non solo controllo o tutela sanitaria ma promozione della salute e cioè percorsi adeguati (integrati agli aspetti sociali, psicologici e culturali) per raggiungere il miglior equilibrio possibile tra individuo ed ambiente (benessere).
- Ruolo determinante devono avere le Aziende USL, ma la Az. USL stessa o l'ente locale deve poter valorizzare ed utilizzare le risorse legate al mondo del volontariato o della cooperazione sociale riconosciute come adeguate per determinate competenze e funzioni (interfaccia, facilitazione, progetti pilota, ...): alle Az. USL competenti per territorio d'intesa con gli enti locali deve rimanere comunque il ruolo di participare alla pianificazione di progetti ad hoc, il coordinamento operativo ed eventualmente il controllo gestionale.
- Il ruolo della Legge regionale è quindi quello di 'promuovere' la salute del popolo Rom attraverso l'intervento di strutture pubbliche e di organismi di volontariato e privato sociale con l'obiettivo di favorire l'accesso ai servizi (orientamento sanitario, iscrizioni 'temporanee', informazioni sulle strutture), e la fruizione delle prestazioni (con particolare riferimento alla medicina generale e alla pediatria di base, alla tutela materno-infantile, alle malattie infettive e a quelle croniche, alla medicina preventiva e riabilitativa). Appare anche evidente un ruolo formativo sia verso il personale sanitario, sia nei confronti degli Zingari (educazione sanitaria culturalmente compatibile con la percezione e l'espressione dei bisogni sanitari).
- Infine non si può prescindere da una valorizzazione delle risorse umane degli stessi Zingari, attraverso un dialogo costruttivo con la realtà locale che da una parte può *modellare* interventi adeguati ma che deve anche *lasciarsi modellare* da bisogni ed espressioni culturali che non possono essere ignorati o sottovalutati. In questo senso le Leggi Regionali devono lasciare massimo spazio ed anzi incentivare ambiti progettuali innovativi e 'sperimentali' e devono individuare momenti ed occasioni di condivisione e confronto delle esperienze fatte.

parte quinta

BIBLIOGRAFIA RAGIONATA

a cura del Naga di Milano

rivista e aggiornata dalla Caritas di Roma

Introduzione

La bibliografia ragionata che qui presentiamo nasce da una ricerca condotta dal Naga su Medline (banca internazionale che raccoglie gli articoli scientifici in campo biomedico) utilizzando le parole chiave 'Rom e salute' per gli anni 1988-1994. A questa sono stati aggiunti altri articoli, documenti, libri raccolti dall'Area Sanitaria della Caritas di Roma sullo stesso argomento, che hanno permesso di aggiornare la ricerca fino all'anno 1997. Sono stati inoltre inseriti i testi non squisitamente sanitari citati in varie parti di questo volume e che sono stati consultati per sviluppare gli aspetti storici, culturali e sociologici.

La convinzione che ha guidato gli amici del Naga prima, e poi noi, nell'elaborare la *review* di articoli sanitari è che i Rom meritino un'attenzione ed uno sguardo specifico tanto in termini conoscitivi che in termini operativi. Infatti, come afferma Feder, la salute degli Zingari è un tema di discreta rilevanza in termini di salute pubblica per molti paesi sviluppati, che tuttavia riceve un'insufficiente attenzione da parte della ricerca, tanto nel campo della conoscenza dello stato di salute quanto nel campo della sperimentazione e valutazione di un corretto approccio operativo. In effetti sappiamo poco sulle condizioni di salute di questo popolo: la carenza di studi validi fa sì che anche lavori metodologicamente molto deboli ottengano spazio su importanti riviste mediche. Complessivamente riteniamo che la carenza di ricerche su questo tema non sia che l'epifenomeno del più generale scarso interesse per la salute di questo popolo.

Abbiamo raccolto complessivamente 89 lavori di cui 71 su 'Rom e salute'. Questi ultimi sono più precisamente:
- 2 editoriali
- 4 review
- 33 ricerche originali
- 13 resoconti di esperienze operative
- 19 lavori in cui gli autori espongono le proprie opinioni su quest'argomento.

Le nazioni da cui provengono i lavori sono le seguenti:
- Italia: 24
- Gran Bretagna: 26
- USA: 7
- Spagna: 7
- Ungheria: 3
- Irlanda: 2
- Germania: 1
- Slovacchia: 1

Più di un terzo dei lavori provengono dall'Inghilterra denotando un dibattito scientifico molto vivace e qualificato; la tradizionale attenzione per la salute pubblica unita a due recenti provvedimenti legislativi (da un lato il riconoscimento dei Rom come minoranza etnica da tutelare e dall'altro una legge molto restrittiva in merito ai campi sosta) hanno contribuito ad alimentare una seria ricerca scientifica sul tema della salute dei Rom.

Altri paesi in cui alcuni aspetti del tema di questa *review* sono stati affrontati in modo scrupoloso sono i paesi dell'Est Europeo, in particolare l'Ungheria, dove la presenza di Rom è massiccia e dove talora la coesistenza di diverse etnie porta a registrare l'etnia del paziente tra i dati sanitari correnti.

Una certa vivacità si coglie anche in Spagna, paese da cui provengono 7 lavori e dove diverse istituzioni pubbliche si sono cimentate con queste problematiche.

Dagli USA provengono 7 lavori attenti più ai problemi culturali ed antropologici che non a quelli epidemiologici e di salute pubblica; sono lavori interessanti, per lo più frutto della dedizione e dell'impegno di singoli operatori e non di istituzioni o servizi sanitari.

Da notare l'assenza di voci provenienti dalla Francia e dalla Germania (un solo lavoro di uno psicanalista tedesco) paesi che pure hanno consistenti presenze di Rom.

Per quanto riguarda l'Italia un solo lavoro proviene dalla ricerca su Medline; ci sembra interessante rilevare l'aumento di lavori pubblicati, anche se su riviste minori, negli ultimi anni, ed i numerosi interventi provenienti da atti di convegni, che denotano l'avvio di un dibattito sul tema. Abbiamo anche citato lavori di cui siamo a conoscenza, a volte documenti interni o letteratura grigia, prodotti da gruppi impegnati da anni nel lavoro con gli Zingari (Associazione Italiana Zingari Oggi, Naga, Caritas Diocesana di Roma).

Infine un'osservazione sulle fonti degli articoli della *review* "Rom e Salute":

- 11 articoli provengono da importanti riviste mediche:
    - Lancet: 1
    - British Medical Journal: 5
    - Annals of Internal Medicine: 1
    - Pediatrics: 2
    - Acta Psychiatr. Scand.: 1
    - Int.J.Gynec. and Obstetr.: 1
- 7 articoli provengono da importanti riviste di salute pubblica;
- 10 articoli provengono da riviste di infermieri ed assistenti sanitari;
- 20 articoli provengono da riviste minori;
- 9 articoli provengono da atti di convegni;
- 6 articoli provengono da pubblicazioni monografiche;
- 6 sono documenti interni;
- 2 sono libri interamente dedicati all'argomento.

E' nostra intenzione proseguire in questo monitoraggio delle pubblicazioni sul tema 'Rom e salute' e pertanto invitiamo le persone interessate a segnalarci articoli, saggi, atti di convegni o semplici documenti; potrebbe essere un modo per informarci e formarci reciprocamente su questo tema che ci vede ancora largamente impreparati ma che può essere occasione per tarare la nostra attenzione su condizioni di fragilità sociale e sanitaria e per attivare percorsi e progetti di reale promozione della salute per tutti.

Area Sanitaria Caritas
via Marsala, 97 - 00185 Roma; tel. 06.445.47.91 fax 06.445.70.95
E-mail caritas@iol.it

Acerbi L, Bandera L, Camisa D, Cottatellucci T, Gervasoni A, Sormani E

I bisogni di salute e i modelli assistenziali dei bambini appartenenti a minoranze etniche.

Paese	Italia
Atti	Atti del Convegno: Epidemiologia della diseguaglianza nell'infanzia, Roma Aprile 1994 a cura di Corchia C, Baronciani D, Ghetti V; Ist. Italiano di Medicina Sociale Editore-Roma 1995: 289-301
Parole chiave	pediatria, stato di salute, bisogni sanitari, uso dei servizi
Commento	Interessante riflessione sui modelli assistenziali offerti ai bambini stranieri: da un'analisi delle variabili di cui bisognerebbe tener conto nello studio del fenomeno, attraverso la presentazione di dati raccolti nella Regione Lombardia sull'uso delle strutture sanitarie, sia ufficiali che del volontariato, si formulano alcune proposte operative sia per migliorare la conoscenza dei bisogni oggettivi, percepiti, espressi, sia per offrire un servizio realmente accessibile ai bambini immigrati e nomadi.

Acton T, Caffrey S, Dunn S, Vinson P

Gender issues in accounts of Gypsy health and hygiene as discourses of social control.

Paese	Gran Bretagna
Libro	in "Romani culture and Gypsy identity" Ed. Acton T and Mundy G, University of Hertfordshire Press, 1997, 164-176
Parole chiave	donna, cultura, salute
Commento	"Nessuno é più preoccupato della salute degli Zingari degli Zingari stessi", "E' sbagliato considerare la cultura zingara di per sé oppressiva verso le donne": a partire da queste due premesse viene rivisitata la pratica del sistema di tabù del lavaggio, considerata non come un'espressione della divisione di genere bensì come una norma di igiene sviluppata nella vita sulla strada e vengono criticati gli studi epidemiologici fin qui condotti sullo stato di salute degli zingari. Un elemento forte di innovazione viene dalle donne zingare, che si stanno organizzando intorno al problema salute.

Area Sanitaria Caritas di Roma

Promozione della salute nella popolazione zingara in alcuni campi della città. Rapporto annuale del progetto. Settembre '97 - luglio '98.

Paese	Italia
Documento	non pubblicato, Luglio 1998
Parole chiave	rom, salute
Commento	Resoconto di un anno di attività in 5 campi della città di Roma: attività cliniche, educazione sanitaria, microprogetti comunitari, coinvolgimento delle Ausl di territorio, sensibilizzazione, formazione degli operatori sanitari.

Autunez Galvez J M, Aguilar Heredia Y, Castano Carracedo M A, Orihuela Canadas F

Hepatitis B in gypsy children and adolescents .

Paese Spagna
Rivista Med Clin Barc. 1993 Nov 6; 101(15): 596-7.
Parole chiave malattie infettive, vaccinazioni, pediatria, epatite B
Commento Esperienza di vaccinazione contro l'epatite B di 200 alunni delle scuole, circa 50% erano Rom. Buon successo ottenuto nel completamento del ciclo vaccinale. Lo studio sierologico preliminare mostra che i Rom hanno maggiori infezioni da HBV, il contagio è per via materno-fetale.

Bannon M

The health needs of traveller's children.

Paese Gran Bretagna
Rivista Medical Monitor 2/1992: 70-2
Parole chiave pediatria, esperienze operative
Commento A fronte di una situazione di salute precaria degli zingari, in particolare dei bambini, presenti in Gran Bretagna i medici di medicina generale sono restii ad accettarli come pazienti sia per la difficoltà ad eseguire le visite nei campi, sia perchè nel contratto del 1990 si stabilisce che sono responsabili del raggiungimento di determinati obiettivi di salute dei loro pazienti, raggiungimento molto difficile con gli zingari. Nel 1991 nel North Staffordshire si è costituito un gruppo inter-istituzionale deputato ad offrire supporto ai medici di medicina generale tramite la collaborazione con assistenti di campo ed a facilitare l'accesso dei nomadi alle strutture di salute (formazione agli operatori, educazione sanitaria, cartelle sanitarie "itineranti" affidate agli zingari).

Batstone J

Meeting the health needs of gypsies.

Paese Gran Bretagna
Rivista Nurs Stand 1993 Jan 13-19; 7 (17): 30-2.
Parole chiave esperienze operative, cartella clinica personale
Commento Esperienza di 6 anni di lavoro di un assistente sanitario su un campo nomadi. Lo stato di grave emarginazione sociale che vivono i Rom impone un approccio specifico nell'assistenza sanitaria. E' utile un lavoro di collegamento tra tutti gli operatori socio-sanitari impegnati a vario titolo coi Rom, approccio multidisciplinare, cartella clinica personale, utile andare al campo per ricordare alle mamme gli appuntamenti sanitari.

Bertollini R, Di Lallo D, Papini P, Perucci C A

Caratteristiche neonatali e mortalità infantile dei figli di immigrati a Roma negli anni 1982-1988.

Paese Italia
Rivista Riv Ital Pediatr 1991; 17: 296-302
Parole chiave mortalità infantile, basso peso alla nascita
Commento Dallo studio condotto analizzando i Certificati di Assistenza al Parto ed i

certificati di morte ISTAT dei nati a Roma negli anni 1982-88 da madre straniera risulta per la popolazione nomade una più elevata parità rispetto alle altre donne straniere, una maggiore frequenza di parto spontaneo, un'incidenza di basso peso alla nascita del 18.4% tra i bambini nomadi ed un tasso di mortalità infantile per tutti i neonati figli di immigrata pari al 18.08x1.000 che corrisponde ad un rischio relativo di morte di 1.92 a confronto con i neonati romani. Gli autori concludono evidenziando come le madri immigrate ed i loro neonati siano gruppi ad alto rischio di morbosità e mortalità infantile.

Bodner A, Leininger M

Transcultural nursing care values, beliefs, and practices of American (USA) Gypsies.

Paese USA
Rivista J Transcult Nurs 1992; 4: 17-28.
Parole chiave cultura
Commento Osservazioni qualitative sugli elementi propri della cultura rom importanti nel condizionare lo stato di salute e l'attitudine dei pazienti verso le cure.

Borghesi L, Gabutti D, Gaspari L

Il bambino nomade e la pediatria di comunità: organizzazione di percorsi socio sanitari.

Paese Italia
Documento Università degli Studi di Milano, Corso di perfezionamento di Pediatria di Comunità, a.a. 1996-97
Parole chiave stato di salute, bisogni sanitari, pediatria di comunità
Commento Dopo una rapida presentazione della storia dell'etnia zingara in Europa e dei modelli di insediamento in Italia ed in Europa, a partire da alcuni dati generali sullo stato di salute degli Zingari ed i loro bisogni sanitari, vengono delineate alcune proposte sul ruolo della pediatria di comunità che dovrebbere fungere da punto di riferimento per le risposte ai bisogni primari di salute soprattutto per i bambini non tutelati dal punto di vista sanitario in quanto non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

Borsi A

Gli zingari come soggetto sociale per superare i conflitti interetnici.

Paese Italia
Libro in "Un viaggio senza sosta. Gli zingari nelle città italiane", ASPE 3/4-22.02.1996 Ed. Gruppo Abele 96.0075 (13)
Parole chiave relazione interetnica
Commento Solo quando i Rom avranno le stesse opportunità e gli stessi mezzi dei gagé per far valer la loro "voce" nella società contemporanea che li vuole gagizzare (gagé è il non zingaro), allora si potrà imboccare la strada che faticosamente porterà al superamento del conflitto Rom-gagé.

Bovo A, Campanella G, Geraci S, Odor P, Pili R, Pompili A, D'Antimo C, Pascoletti C

Il Centro Medico Mobile della Caritas Diocesana di Roma a favore dei Nomadi.

Paese Italia
Atti Atti del II Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di Geraci S: 299-300, Roma Luglio 1990
Parole chiave esperienze operative
Commento L'ambulatorio mobile della Caritas: come è strutturato e che obiettivi si propone. Risultati di un anno di lavoro.

Bovo A, Pompili A, Pili R

Osservazione sui risultati della indagine sierologica per l'HIV eseguita dal Centro Medico Mobile per i Nomadi nel 1989.

Paese Italia
Atti Atti del II Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di Geraci S: 301-303, Roma Luglio 1990
Parole chiave malattie infettive
Commento 29 Rom sono stati esaminati per la sierologia dell'HIV. Tutti sono risultati negativi.

Bovo A, Pompili A, Pili R, Cavaceppi M, Lucchetti B

Osservazione sui risultati delle indagini sierologiche per la lue eseguite dal Centro Medico Mobile nel biennio 1989-90.

Paese Italia
Atti Atti del II Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di Geraci S: 304-305, Roma Luglio 1990
Parole chiave malattie infettive
Commento 60 Rom sono stati esaminati per la sierologia della Lue. Tutti sono risultati negativi.

Brazzoduro M

Gli zingari: cultura e integrazione.

Paese italia
Libro in "Un viaggio senza sosta. Gli zingari nelle città italiane", ASPE 3/4-22. 02. 1996 Ed. Gruppo Abele 96.0069 (4-5)
Parole chiave cultura, integrazione
Commento Non é possibile pensare all'integrazione del popolo zingaro, Rom e Sinti, nella nostra società industrializzata pensandola solo in termini di folklore, ma é necessario che gli zingari siano aiutati a impadronirsi degli strumenti concettuali per far fronte alle esigenze della società contemporanea. Proprio per questo per una reale integrazione é necessario lavorare insieme a loro su tre fronti fondamentali: la scuola, la casa, il lavoro.

Bruno D, Trillò M E

Integrazione multirazziale e nomadi.

Paese Italia
Rivista Medico e Bambino 1996; 7: 59-62
Parole chiave cultura, consultorio familiare, scuola
Commento Esperienza di collaborazione fra un Consultorio Familiare della ASL Roma C e la scuola:
- un seminario per insegnanti sull'uso delle fiabe Rom per conoscere la cultura zingara e lavorare sulle diversità;
- il lavoro sulle fiabe direttamente con le classi per creare un atteggiamento di rispetto e perciò migliorare la frequenza scolastica e l'integrazione dei bambini zingari;
- la realizzazione di uno screening su tutti i bambini valutando le malattie della povertà, la frequenza degli incidenti ed il ricorso al P.S. per verificare un eventuale impatto sulla salute dall'aumentata frequenza scolastica e monitorare con la diagnosi precoce i bambini con rischi socio-sanitari.

Butera G, Canetta C, Motta F, Spada P L

Intervento Area Sanitaria Caritas presso il campo nomadi di Tor di Quinto. Progetto Pilota. Relazione finale prima fase.

Paese Italia
Documento non pubblicato, Roma, Aprile 1996
Parole chiave Rom, salute
Commento In questo documento sono stati sistematizzati i risultati raggiunti nel lavoro svolto nel campo nomadi di Tor di Quinto-Via del Baiardo da novembre 1995 a febbraio 1996, periodo nel quale si é conclusa la prima fase del Progetto Pilota di Intervento dell'Area Sanitaria dela Caritas Diocesana di Roma.
Tale periodo é stato preceduto da una fase iniziale di conoscenza del "territorio" svoltasi nei mesi aprile-ottbre 1995.
Le attività realizzate dall'equipe, composta da tre medici obiettori di coscienza e da una volontaria medico, sono state le seguenti:
-valutazione del problema Tubercolosi;
-raccolta dati sociali;
-contatti con istituzioni che operano nel campo.
I dati raccolti serviranno da base per il processo di valutazione e per la definizione della linee future di lavoro.

Calabrò A R

Gli zingari: modalità di relazione e strategie di adattamento di una minoranza culturale.

Paese Italia
Libro in"Gente del mondo. Voci e silenzi delle culture zingare", AA.VV. Ed. Artemide, 1994: 15-28
Parole chiave cultura, interazione
Commento Questo intervento al Convegno Nazionale "Gente del Mondo", tenutosi a Roma nel gennaio del 1994, prende spunto da una ricerca che si è svolta a Milano tra il 1988 ed il 1991 e che ha riguardato la comunità Rom che vive

più o meno stabilmente alla periferia di questa città. Un lavoro che, partito da un'analisi-censimento commissionati dall'Assessorato ai Servizi Sociali della Provincia di Milano, si è svolto all'interno dei campi autorizzati e abusivi dove vive la comunità.
Si tratta di una lettura sociologica della diversità esistente tra i Rom e noi non zingari. Un pregiudizio reciproco ed una profonda distanza culturale ci separa: diversa è infatti l'organizzazione dello spazio abitativo e la concezione e l'uso del tempo che è alla base dei due mondi. Il passaggio dal nomadismo alla sedentarizzazione ha comportato un profondo mutamento strutturale nella società Rom a cui non corrisponde una altrettanto rapida trasformazione sul piano culturale che richiede invece tempi più lenti con il concreto rischio di perdere la propria identità come singoli e come collettività, oltre a favorire fenomeni di disordine e disagio sociale. I Rom nel tentativo di vincere la quotidiana lotta per la sopravvivenza mettono in atto almeno quattro differenti "modalita di adattamento": la scelta di essere cittadino e allo stesso tempo Rom; la scelta della ghettizzazione e dell'anomia sociale; la scelta della separazione e della subcultura ed infine la scelta della estraneità e della devianza.

Camara Medina C, Pérez Garcia A, Quesada Lupianez P, Sanchez Cantalejo E
Intervencion con agentes de salud comunitarios en programas de inmunizaciones en la comunidad gitana.

Paese Spagna
Rivista Aten Primaria. 1994 May 15; 13(8): 415-8.
Parole chiave vaccinazioni, educazione sanitaria, esperienze operative, promotori di salute
Commento In un quartiere con 1.073 bimbi rom, esperienza durata un anno di campagna vaccinale con l'ausilio di quattro donne rom con il ruolo di educatrici. Ottimi i risultati di aumento della copertura vaccinale.

Carr-Hill S
Health care for travellers.

Paese Gran Bretagna
Rivista Br Med J 1987; 294: 1098.
Parole chiave uso dei servizi, esperienze operative
Commento Esperienza sul campo di tre anni.
Si portano al campo vaccinazioni, visite di controllo per bambini e mediazione nell'invio a servizi sanitari con l'obiettivo di facilitare l'accessibilità ai servizi.

Castelli A
I censimenti dei profughi ex jugoslavi.

Paese Italia
Libro in "Zingari Profughi. Popolo Invisibile", Osella C (a cura di) Edizioni Gruppo Abele, 1997: 58-73
Parole chiave rom profughi, censimento
Commento Il Ministero dell'interno, dietro indicazione dell'ACNUR, chiese nel 1993 la collaborazione del CIR perché venisse effettuato un "censimento" come unico

strumento utile per far chiarezza sulle posizioni di diritto di ciascun nucleo familiare rom, in fuga dal conflitto bellico nell'ex Jugoslavia.
I censimenti realizzati dal CIR sono stati, al momento della stesura del documento, nove (fra cui Bologna, Venezia, Firenze, Roma e Milano).
Il censimento è stato lo strumento che ha permesso l'accesso dei rom ai benefici previsti dalla legge 390/92.
Al di là della validità dello strumento come tale i censimenti e le sistemazioni che ne conseguivano, laddove gli enti locali si sono mostrati sensibili ed hanno immediatamente lavorato a favore degli aventi diritto ai sensi della 390/92, hanno conferito visibilità ad un fenomeno storicamente invisibile o "visibile" solo per fatti di cronaca, possibilmente nera, sviluppando un dibattito serio sul popolo rom e sinto, senz'altro di origine nomade ma in chiara fase di sedentarizzazione.

Cavaceppi M, Lucchetti B, Bovo A, Pompili A, Pili R

Sorveglianza sieroepidemiologica e profilassi per gli agenti del complesso cytomegalovirus ed herpes 2 nei campi sosta degli Zingari di Roma.

Paese Italia
Atti Atti del II Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di Geraci S: 309-311, Roma Luglio 1990
Parole chiave malattie infettive
Commento 76 Rom sono stati esaminati per la sierologia del Citomegalovirus o dell'Herpes 2. Sono risultati positivi rispettivamente il 91% ed il 94% dei soggetti esaminati.

Ciravegna-Maroni

Rom: medicina tradizionale e servizi sanitari.

Paese Italia
Rivista Quaderni Zingari n°13. Associazione Italiana Zingari Oggi, 1987
Parole chiave cultura, uso dei servizi
Commento Studio condotto a Torino sui Rom, la loro concezione della malattia, la medicina tradizionale e l'uso del S.S.N.

Corretger J M, Fortuny C, Botet F, Valls O

Marginalidad, grupos étnicos y salud.

Paese Spagna
Atti An Esp Pediatr 1992; 36 Suppl 48: 115-7
Parole chiave marginalità, stato di salute, pediatria, epatite B
Commento Carrellata sui problemi sanitari di bambini immigrati e Rom.
Matrimoni misti, mortalità infantile del 35/1000, alta fertilità, epatite B, TBC, malnutrizione, deficit di accrescimento, traumi, carie, droga. Tassi di ricovero e di uso del Pronto Soccorso elevati (anche se non quantificati).

Cruz M, Dieguez A, Fos E, Hierro F

Epidemiologic survey of hepatitis B in Gypsy women.

Paese Spagna
Rivista Eur J Epidemiol 1988; 4:314-7.
Parole chiave malattie infettive, materno-infantile, epatite B
Commento Studio sierologico su 3400 gravide.
Le donne Rom hanno elevata prevalenza di infezione cronica da virus dell'epatite B in confronto alle donne non-Rom.

Damiani G, Splendori F, Placidi F, Bovo A

Aspetti sociali e sanitari della convivenza di Zingari stabilizzati e nomadi: individuazione e prevenzione di fattori negativi.

Paese Italia
Atti Atti del Convegno: Ambiente e salute, esperienza e ruolo dell'igienista, Roma Aprile 1991.
Parole chiave stato di salute, uso dei servizi
Commento Osservazioni relative ad una ricerca di cui si commentano i dati (che però non sono esposti analiticamente).
Si tratteggia la situazione di Roma con 4000 Rom e 38 campi.
I Rom non utilizzano il SSN.
Le malattie più frequenti sono quelle infettive e quelle dell'apparato respiratorio entrambe strettamente legate alle precarie condizioni igienico-abitative.
Pure importanti i traumi e l'abuso di sostanze psicotrope.

Delgado-Sanchez A, Bailon-Munoz E, Sanchez-Perez M R, Tara-Arriola J, Sanchez-Mariscal M D, Vazquez-Molina R

Results and analysis of research on HBsAg in pregnant women at a health center over 4 years

Paese Spagna
Rivista Aten Primaria 1990; 7: 556-560.
Parole chiave m. infettive, materno-infantile, epatite B
Commento Si rivede la casistica di 454 gravide seguite negli ultimi 4 anni.
Le donne rom hanno maggiore probabilità di essere portatric del virus dell'epatite B. Solo una donna aveva fattori di rischio noti. Si ritiene necessario lo screening a tappeto per l'epatite B nelle gravide visto che i fattori di rischio noti non sono predittivi.

Delle Donne M

Il cuore é uno zingaro... Pregiudizi e strategie della esclusione.

Paese italia
Libro in "Relazioni etniche stereotipi e pregiudizi" a cura di Delle Donne M; EdUP Roma 1998: 15-46
Parole chiave pregiudizio
Commento Excursus storico-teorico sui pregiudizi e le strategie di esclusione messe in

atto verso gli Zingari, sviluppato a partire da un lavoro fatto con un gruppo di studenti della facoltà di Sociologia I di Roma, condotto negli anni accademici 1995-96, con l'obiettivo di verificare se e fino a che punto i giudizi espressi dagli studenti stessi potessero essere modificati dopo essere stati sottoposti ad una revisione critica.

Durward L

Traveller mothers and babies: who care for their health?

Paese Gran Bretagna
Documento London: Maternity Alliance, 1990.
Parole chiave stato di salute, uso dei servizi, policy, materno-infantile, denuncia, cartella sanitaria personale
Commento Rapporto della Maternity Alliance che mostra la rilevanza dei problemi perinatali e la loro diretta proporzionalità con la precarietà delle condizioni abitative. Un problema è l'equilibrio tra l'esigenza di un intervento sanitario specifico e portato dentro i campi e l'integrazione di questi pazienti nei normali servizi sanitari. Alcuni suggerimenti utili sono istituire una cartella sanitaria personale, sviluppare interventi di educazione sanitaria e creare la figura di un operatore che coordini gli operatori socio-sanitari che lavorano a vario titolo coi Rom.

Feder G

Traveller gypsies and primary care.

Paese Gran Bretagna
Rivista J Royal College General Practitioners 1989; 39: 425-9
Parole chiave policy, stato di salute, uso dei servizi, demografia, cartella sanitaria personale
Commento Ampia revisione della letteratura che si è occupata della salute dei Rom.
I Rom sono una minoranza etnica perciò serve ricerca per conoscere le loro condizioni di salute e di uso dei servizi sanitari; è inoltre necessario che l'assistenza sanitaria sia adattata e specifica per le loro condizioni.
Salute Materno-Infantile: tutti gli indicatori sono peggiori rispetto ai non Rom; questi indicatori sono peggiori tra i Rom che sono nomadi.
Pediatria: 50% della popolazione ha meno di 16 anni; famiglie numerose; basse coperture vaccinali ; malattie ereditarie legate ai numerosi matrimoni tra consanguinei.
Morbilità degli adulti: Non esistono studi validi però da più parti si afferma che c'è elevata incidenza di ipertensione arteriosa, fumo, malattie respiratorie, malattie della pelle e degli occhi.
Ambiente di vita ostile: Nei campi illegali ma anche in quelli autorizzati le condizioni igieniche sono precarie; il clima di ostilità in cui vivono assieme alla paura di improvvisi sgomberi danneggiano la salute fisica e psichica dei Rom oltre ad ostacolare la continuità delle cure.
Accessibilità dei Servizi Sanitari: Un problema grosso è la scarsa accessibilità della PHC; spesso i Rom vanno molto lontano per trovare un medico di base che li accolga.
Barriere all'uso dei servizi sono il nomadismo, differenti valori culturali, analfabetismo, assenza di dati sanitari.

Proposte: E’ necessario che gli operatori socio-sanitari che vanno al campo mettano inizialmente da parte i loro programmi di medicina preventiva ed adottino un approccio centrato sul paziente e le sue preoccupazioni divenendo mediatori tra il paziente e le strutture sanitarie.
E’ importante la collaborazione degli operatori socio-sanitari coi medici di base che devono cercare di partire dal problema acuto che porta il paziente per poi proporre azioni preventive.
Ogni occasione deve essere sfruttata per fare screening verso malattie cardiovascolari, vaccinazioni ed assistenza perinatale.
Bisogna sperimentare una cartella sanitaria personale che il paziente conserva a casa e presenta ad ogni operatore sanitario da cui si reca.
Gli operatori sanitari devono denunciare all’opinione pubblica le condizioni disumane di vita dei Rom. Individuare una valida metodologia di assistenza sanitaria per i Rom, potrà essere utile anche per assistere altri gruppi marginali come gli homeless o altre minoranze etniche.

Feder G, Hussey R
Traveller mothers and babies.

Paese Gran Bretagna
Rivista Br Med J 1990; 300: 1536-7
Parole chiave policy, cartella sanitaria personale
Commento Si commenta un rapporto della Maternity Alliance che mostra la rilevanza dei problemi perinatali e la loro diretta proporzionalità con la precarietà delle condizioni abitative.Un problema è l’equilibrio tra l’esigenza di un intervento sanitario specifico e portato dentro i campi e l’integrazione di questi pazienti nei normali servizi sanitari.
Alcuni suggerimenti utili sono istituire una cartella sanitaria personale, sviluppare interventi di educazione sanitaria e creare la figura di un operatore che coordini gli operatori socio-sanitari che lavorano a vario titolo coi Rom.

Feder G S, Vaclavik T, Streetly A
Traveller Gypsies and childhood immunization: a study in east London.

Paese Gran Bretagna
Rivista Br. J. General Practice 1993; 43: 281-284
Parole chiave vaccinazioni, policy, cartella sanitaria personale
Commento Studio caso-controllo su 72 bimbi rom di età compresa tra 10 mesi e 6 anni recatisi in Pronto Soccorso o nell’ambulatorio di un medico di base. Viene chiesto ai genitori il loro stato vaccinale.
Emerge una bassa copertura vaccinale:
-pertosse: 15% (controlli: 71%)
-DT: 33% (controlli: 85%)
-polio: 31% (controlli: 87%)
-morbillo: 20% (controlli: 71%).
Stranamente non è migliore la situazione di chi è stato reclutato dal medico di base. Emerge una resistenza delle famiglie verso i vaccini anti pertosse ed anti morbillo.

Cause di bassa copertura vaccinale: sgomberi, mancanza del medico di base, scarsa informazione sui servizi sanitari.
Raccomandazioni di politica sanitaria verso i Rom:
-per aumentare la copertura bisogna portare al campo vaccinazioni ed altre misure di medicina preventiva;
-utile approfittare di ogni contatto tra bimbi rom e servizi sanitari per vaccinarli;
-utile dare ai Rom una cartella sanitaria personale;
-bisogna sviluppare tecniche e strumenti per l'educazione sanitaria.

Flynn M
Mortality, morbidity and marital features of travellers in the Irish Midlands.

Paese	Irlanda
Rivista	Irish Med J 1986, 79: 308-10
Parole chiave	genetica, materno-infantile, stato di salute, demografia
Commento	Dal lavoro volontario durato 30 anni e dal confronto con registri demografici, l'autore traccia un quadro relativo a 180 famiglie rom irlandesi (molti dei quali vivono in casa).

Ne emerge un quadro molto interessante ricco di dati tra cui segnaliamo:
-I matrimoni per lo più combinati dai genitori avvengono in giovane età e nel 39% tra primi cugini; raro il divorzio così come rari i rapporti sessuali prematrimoniali; sono rarissimi gli adulti non sposati così come le madri nubili.
-La fertilità è ancora elevatissima nonostante si stia diffondendo la contraccezione (pillola, IUD e più rara la legatura delle tube), sembra sconosciuta l'interruzione volontaria della gravidanza.
-L'elevata consanguineità provoca un numero non trascurabile di malattie su base genetica.
-Mortalità infantile: vengono analizzati 199 decessi accaduti negli ultimi 46 anni; la mortalità infantile è 37,3/1000 solo doppia rispetto alla popolazione generale nonostante i fattori di rischio (consanguineità, giovane età, elevata parità, allattamento artificiale, analfabetismo e precarie condizioni abitative)
-Mortalità generale: si rileva solo un eccesso di mortalià per incidenti, per il resto la mortalità in termini quantitativi e di età sarebbe sovrapponibile a quella dei non-rom.
-L'alta percentuale di minori deriverebbe dall'elevata natalità e dal fatto che alcuni anziani vengono ricoverati in cronicari piuttosto che da elevata mortalità.
Non è chiaro quanto queste osservazioni siano rappresentative anche di altri gruppi di Rom.

Gaspari L, Pini I J P, Xella R
La condizione del bambino nomade: alcune considerazioni.

Paese	Italia
Atti	Atti del Convegno: Epidemiologia della diseguaglianza nell'infanzia, Roma Aprile 1994 a cura di Corchia C, Baronciani D, Ghetti V; Istituto Italiano di

Medicina Sociale Editore-Roma 1995: 339-341

Parole chiave materno-infantile

Commento Breve resoconto, con alcune riflessioni/proposte operative, dell'intervento del Servizio Materno Infantile della USL 38 di Forlì, in collaborazione con il servizio sociale, presso alcuni nuclei nomadi di origine slava.

Gordon M, Gorman D R, Hashem S, Stewart D G T

The health of Traveller's Children in Northern Ireland.

Paese Irlanda

Rivista Public Health 1991; 105: 387-391.

Parole chiave pediatria, stato di salute, vaccinazioni, genetica

Commento Intervista a tutte le 203 famiglie rom di tre distretti sanitari irlandesi.
Raccolto un questionario su tutti i 350 bambini <16 anni (da notare che alcuni vivono in casa).
Consanguineità: 38% dei genitori sono tra loro parenti (20% sono cugini di primo grado).
Malformazioni congenite si sono trovate in 12 bambini.
Vaccinazione DT Polio: 57% erano vaccinati, 24% erano parzialmente vaccinati, 4% non erano mai stati vaccinati e 16% nr.
Il ricovero ospedaliero pediatrico è elevato; anamnesticamente si sono rilevati tra i 120 bimbi <5 anni 106 ricoveri: 44% nei <1anno e 46% nei >1anno; la causa sono infezioni delle alte vie respiratorie nel 42% dei casi, infezioni gastrointestinali nel 25% dei casi ed altre cause nel 35% dei casi. Come si vede la maggior percentuale dei ricoveri è per infezioni che dipendono dalle precarie condizioni abitative.
Questa ricerca ha messo in luce condizioni sanitarie molto precarie che possono essere migliorate con un approccio ad hoc.

Hawes D

Gypsies, Travellers and the health service. A study in inequality.

Paese Gran Bretagna

Rivista Gypsies, Travellers and the health service. A study in inequality, Hawes D The Policy Press, 1997

Parole chiave servizi di salute

Commento L'obiettivo iniziale della ricerca condotta per il National Health Service Executive fra Maggio ed Agosto 1996 era di esaminare l'efficacia dell'erogazione di servizi per le famiglie sia di viaggianti tradizionali (zingari) sia dei "nuovi" viaggianti (hippies, ecologisti etc.), con particolare attenzione alla qualità della collaborazione inter-professionale od inter-agenzie, e nel contesto dell'applicazione del Criminal Justice and Public Order Act del 1994. Ma la ricerca ha evidenziato come ciò sia strettamente legato a come il NHS nel Regno Unito affronta il problema della diseguaglianza nell'accesso ai servizi di salute. Analisi approfondita del contesto e di esperienze locali innovative.

Hussey R

Equal Opportunities for Gypsies.

Paese Gran Bretagna
Rivista Public Health 1989; 103: 79
Parole chiave marginalità, denuncia
Commento Una recente sentenza stabilisce che i Rom sono una minoranza etnica sottoposta al “Discrimination Act”.
Questo fatto obbliga le autorità sanitarie a preoccuparsi in specifico per garantire ai Rom accessibilità ed equità nell’uso dei servizi sanitari.
Sono purtroppo all’ordine del giorno i casi di servizi sanitari di vario livello che senza motivo rifiutano di prestare assistenza ai Rom, allo stesso tempo ben pochi distretti hanno messo in atto azioni specifiche per migliorare le precarie condizioni di salute e di accessibilità alle cure. Tra le azioni da intraprendere si sottolinea quella di fare corsi di formazione per gli operatori sanitari per far loro superare i diuffusi e radicati pregiudizi contro i Rom.

Hussey R M

Travellers and preventive health care: what are health authorities doing?

Paese Gran Bretagna
Rivista Br Med J 1988; 296: 1098
Parole chiave denuncia, policy
Commento I Rom sono un gruppo svantaggiato in salute e nell’assistenza sanitaria, questa ricerca valuta se i distretti sanitari inglesi stanno fronteggiando o meno questo problema.
E’ stato mandato un questionario a tutti i direttori dei servizi infermeristici di base, si è avuta risposta da 168 distretti pari all’88% dei distretti inglesi.
Dai dati emerge che:
-raramente si riconosce che i Rom hanno bisogni sanitari specifici;
-ci sono molti problemi nel fare medicina preventiva con i Rom;
-molti distretti non conoscono le condizioni di vita dei Rom presenti sul loro territorio;
-spesso vengono programmate campagne di medicina preventiva che non tengono conto di ciò che è prioritario per i Rom.
Risulta importante il coordinamento tra gli operatori socio-sanitari per conoscere lo stato di vita dei Rom ed interagire con essi. Visto che esistono diverse pubblicazioni che hanno affrontato i problemi sanitari dei Rom ed hanno proposto soluzioni realistiche e praticabili sarebbe necessario che il Ministero della Sanità emetta delle linee guida e stimoli i distretti alla loro applicazione.

Joubert K

Size at birth and some sociodemographic factors in Gypsies in Hungary.

Paese Ungheria
Rivista J Biosoc Sci 1991; 23, 39-47
Parole chiave marginalità, materno-infantile

Commento In Ungheria si stima che vivano circa 500.000 Rom.
La ricerca confronta dati di 10.108 neonati Rom nati tra il 1973 e il 1983 con i dati relativi alla media nazionale Ungherese.
Le numerose tabelle riportano che peso alla nascita, lunghezza alla nascita ed età gestazionale dei neonati Rom sono inferiori della media.
Le conclusioni dello studio (alla luce di un corretto confronto con la media nazionale) sono che le cause di questo svantaggio vanno ricercate non nella genetica ma nelle condizioni sociali, abitative e nel basso livello di istruzione dei Rom.
Questo studio si basa sui neonati che alla nascita sono stati dichiarati di madre lingua zingara dai genitori (questo dato viene raccolto routinariamente in Ungheria), si stima che siano così individuati il 20% dei Rom.

Karpati M

Al servizio dell'uomo e della comunità: la condizione della donna zingara.

Paese Italia
Libro in "Un viaggio senza sosta. Gli zingari nelle città italiane", ASPE 3/4-22.02.1996 Ed. Gruppo Abele 96.0073 (10-11)
Parole chiave donna, cultura
Commento Rapida fotografia della condizione della donna zingara tra i Rom e i Sinti: tradizionalmente la ragazza zingara impara dalla madre il rispetto per il padre, i fratelli maschi e gli uomini anziani; ma é anche vero che negli ultimi anni, grazie anche all'istruzione, le donne zingare stanno sempre più prendendo coscienza dei propri diritti e nonostante siano state escluse dalla conferenza di Pechino sulla donna sono loro, con il loro impegno, la vera forza innovativa all'interno della cultura zingara nell'ottica di una effettiva parità uomo-donna.

Karpati M

Zingari.

Paese Italia
Rivista "Storia dell'oggi" fascicolo n. 19, supplemento de l'Unità, ottobre 1991
Parole chiave storia
Commento Fascicolo monografico del 1991 dedicato alla realtà del popolo zingaro:
- chi sono, da dove vengono, quale lingua parlano: dieci secoli di migrazioni lungo le rotte d'Oriente, d'Europa e d'America; un popolo senza condottieri e la cui storia è stata scritta da altri;
- una storia fondata sul rifiuto: dalla Dieta del 1500 che aveva decretato che "Chi uccide uno zingaro non commette reato" alle cinquecentomila vittime nei campi di sterminio, un "olocausto dimenticato";
-migranti, stanziali, clandestini: una mappa nei paesi europei e la situazione in Italia all'inzio degli anni novanta

Karpati M.

Zingari a Roma: brevi cenni storici.

Paese Italia
Rivista in Lacio Drom, anno 33 n. 2, Roma-Marzo-Aprile 1997: 4-8
Parole chiave storia
Commento Brevi cenni storici sulla presenza degli zingari a Roma, dal loro primo arrivo nella città papale fino ai nostri giorni. La loro storia è segnata nel corso dei secoli da una cieca politica di esclusione e di rigetto, cui però si contrappone l'impegno assolutamente gratuito di persone che li hanno saputi accogliere nel rispetto della dignità della persona in un rapporto tra pari.

Kenrick D

Zingari: dall'India al Mediterraneo.

Paese Italia
Libro Collana Interface-Anicia, 1995
Parole chiave lingua romani, storia
Commento Alla fine del diciottesimo secolo alcuni studiosi europei sono venuti in possesso di elenchi di parole in "sanscrito" e delle lingue indiane moderne e dalla loro analisi e dal confronto con la lingua "romani", che è la lingua parlata dagli Zingari, sono giunti alla conclusione dell'origine indiana degli Zingari. Si è potuto inoltre tracciare una sorta di percorso che gli Zingari avrebbero fatto dall'India settentrionale, l'Iran, l'Armenia verso l'Europa, attraverso l'impero bizantino, grazie allo studio delle parole che essi hanno prese in prestito da altri idomi, facendole diventare patrimonio della propria lingua: una lingua multiculturale, che si esprime nei molti dialetti ancora oggi parlati dalla maggior parte degli Zingari.

Lescisinova M, Kusekova M, Sedlak J, Murkova V, Langer P, Pavkovcekova O

Increased incidence of congenital hypotyroidism in Gypsies in east Slovakia as compared with white population.

Paese Slovacchia
Rivista Endocrinol Exp 1989; 23: 137-141
Parole chiave materno-infantile, genetica
Commento I Rom sono il 9% della popolazione della Slovacchia Orientale.
Si analizzano qui i dati relativi ai primi tre anni e mezzo di screening a tappeto per ipotiroidismo congenito.
I neonati Rom hanno un incidenza di ipotiroidismo congenito molto maggiore dei non Rom.
Visto che tra i Rom vi è una elevata percentuale di matrimoni tra consanguinei si può ipotizzare che questa elevata incidenza di ipotiroidismo congenito abbia una base genetica.

Lewis E

Poliomyelitis immunisation of a gypsy colony.

Paese Gran Bretagna
Rivista Comm Dis Rev 1982, 18:4.
Parole chiave malattie infettive, vaccinazioni, promotori di salute
Commento Dopo un caso di Poliomielite accaduto in un bimbo rom non vaccinato, si è proposta una campagna di vaccinazione contro questa malattia.
Anche grazie al coinvolgimento nell'educazione sanitaria di un membro della comunità rom, si è ottenuta una copertura del 92%.
(Citato da Feder 1993).

Liégeois J P

Rom, Sinti, Kalè... Zingari e Viaggianti in Europa.

Paese Europa
Libro Consiglio d'Europa, Collana Educazione, Ed. laco drom Roma, 1995
Parole chiave cultura, società, storia, politica
Commento Questa pubblicazione si presenta come un elemento di risposta alla Risoluzione 125 (1981) adottata dalla Conferenza permanente dei poteri locali e regionali d'Europa "sul ruolo e la responsabilità delle collettività locali e regionali di fronte ai problemi culturali e sociali delle popolazioni di origine nomade".
Questo lavoro nasce dalla collaborazione internazionale di una cinquantina di persone di quasi tutti gli Stati d'Europa.
Gli Zingari e i Viaggianti formano nel Vecchio Continente una comunità di circa otto milioni di persone, la cui realtà è misconosciuta ai più. Questo libro è destinato ad una migliore conoscenza degli Zingari e Viaggianti, mettendo in evidenza la ricchezza della loro cultura e del loro stile di vita, la forza della loro identità, come pure i trattamenti che hanno subìto nel corso di una lunga storia. Le due parti del libro "Dati socioculturali" e "Dati sociopolitici" corrispondono a questo duplice impegno di formazione.
In appendice Zingari e Viaggianti in Italia - la storia, i gruppi, la lingua - a cura del Centro Studi Zingari.

Linthwaite P

Health and health care in traveller mothers and children.

Paese Gran Bretagna
Rivista London: Save the Children Fund's Information and Resources Unit 1983.
Parole chiave policy, stato di salute, uso dei servizi
Commento Studio sulla salute materno infantile nell'Est Anglian; intervista a 265 mamme su storia ostetrica, salute dei bambini e uso dei servizi sanitari.
(Citato da Feder 1989)

Lucchetti B, Cavaceppi M, Bovo A, Pompili A, Pili R

Sorveglianza sieroepidemiologica e profilassi per gli agenti del complesso rubeo toxoplasma nei campi sosta degli Zingari di Roma.

Paese Italia

Atti Atti del II Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni a cura di Geraci S.: 306-8, Roma Luglio 1990.

Parole chiave malattie infettive

Commento Ricerca sierologica su rosolia e toxoplasmosi mirata per lo più sui soggetti di sesso femminile viste le implicazioni che queste malattie hanno sulla gravidanza.

44 pazienti studiati per toxoplasma: 64% sono positivi.

43 pazienti studiati per rosolia: 84% sono positivi.

L'immunità come si vede è molto diffusa ed è stata acquisita per lo più in modo naturale ed in età più precoce rispetto ai non Rom.

Maciejewsky F

Zur Psychoanalyse des geschichtlich Unheimlichen - Das Beispiel der Sinti und Roma.

Paese Germania

Rivista Psyche Stuttg 1994 Jan; 48 (1): 30-49.

Parole chiave cultura

Commento L'ostilità rivolta verso i Rom ha ricevuto scarsa attenzione da parte della psicoanalisi.

L'autore parte dalle teorie di Freud e Fenichel sull'antisemitismo e le confronta con l'ostilità rivolta verso i Rom.

Come l'antisemitismo, l'ostilità rivolta verso i Rom si basa sulla proiezione sull'altro di istanze interiori vissute come inaccettabili.

Tuttavia mentre nell'antisemitismo le fantasie inconsce sono rivolte contro il mondo dei Patriarchi ebrei e la società patriarcale simbolo del progresso, quelle verso i Rom sono rivolte verso il rapporto madre-figlio simbolo del mondo arcaico, verso l'aderenza al principio del piacere del matriarcato e verso l'evasione dei Rom dai doveri e le costrizioni tipiche della società patriarcale.

Mamontoff A-M

Intégration des Gitans: apport des représentations sociales.

Paese Francia

Documento in “Exclusion sociale, insertion et prevention” sous la direction Abric J-C; ÉRÈS 1996: 61-80

Parole chiave identità, cultura

Commento Lo studio condotto su una popolazione di 150 gitani, sia nomadi che sedentarizzati, aveva come obiettivo l'analisi delle trasformazioni dell'identità dei gitani che si hanno in una situazione poco coinvolgente e reversibile (nel caso dei semi-nomadi) e in una situazione molto coinvolgente ed irreversibile (caso dei sedentarizzati), utilizzando la teoria strutturale delle rappresentazioni sociali.

La prima fase dello studio condotta sia sui sedentarizzati che i nomadi ha confermato l'ipotesi iniziale che la sedentarizzazione provoca una trasformazione dell'identità gitana, intaccando il nucleo centrale della cultura che rappresenta la permanenza e la stabilità; nella seconda fase, condotta due anni dopo solo sui sedentarizzati, si é evidenziato un ritorno verso i valori del nucleo centrale attraverso un'evoluzione dei comportamenti e la ricerca di nuove strategie.
Nelle condizioni non coinvolgenti e reversibili (i semi-nomadi) c'é solo una trasformazione del sistema periferico della cultura, flessibile ed in evoluzione, senza che sia messo in causa il nucleo centrale.

Mandell F

Gypsies: Culture and Child Care.

Paese USA
Rivista Pediatrics 1974; 54: 603-7
Parole chiave cultura, pediatria
Commento Considerazioni di un pediatra di Boston che si è offerto, nell'ambito della sua attività di Pronto Soccorso di vedere personalmente tutti i Rom che si presentavano al servizio.
In un anno ha visto membri di 92 famiglie ed ha compiuto anche visite al campo.
Delle visite pediatriche in Pronto Soccorso la maggior parte sono per malattie delle alte vie respiratorie, gastroenteriti, esantemi, febbre.
Davanti al bambino malato i genitori hanno sempre una paura sproporzionata e pensano subito a malattie gravissime e mortali.
Tra gli adulti c'è un'alta prevalenza di ipertensione arteriosa e diabete.
Chi si trova a fornire assistenza sanitaria deve tenere presente che i Rom hanno una cultura, abitudini di vita e concezioni della malattia diverse dalle nostre. L'articolo tratteggia elementi della tradizione e della cultura rom che hanno riflessi sulla salute e sulla cura delle malattie.

Manfredini Verdi-Vighetti A

Gli zingari, nostra Ombra: una psicoanalista ai campi nomadi Khorakhané.

Paese Italia
Libro in"Gente del mondo. Voci e silenzi dalle culture zingare", AA.VV. Ed. Artemide, 1994: 113-126
Parole chiave pregiudizio, relazione interetnica, donna
Commento Questa relazione al Convegno Nazionale "Gente del Mondo", tenutosi a Roma nel gennaio del 1994, è il frutto di una frequentazione intensa di alcuni campi di Rom Khorakhané, alle porte di Roma, da parte di una psicoanalista.
Una presenza costante per tre anni (1989-90-91) con una frequenza di cinque o sei volte la settimana, per due o tre ore per volta.
Il suo modo di avvicinare il mondo zingaro è stato quello di un "ascolto partecipe ed accogliente", e questo ha permesso legami di confidenza e fiducia con

tutti gli zingari conosciuti, uomini e donne.
La relazione da una parte si concentra sulla specificità della difficile condizione della donna zingara di cui viene riconosciuto "il coraggio, la forza d'animo, l'incredibile capacità di adattamento, la creatività...", dall'altra tenta una "lettura in chiave psicoanalitica" di alcuni aspetti del carattere degli zingari.
"Per centinaia di anni gli Zingari sono stati vissuti come negativi, sporchi, ladri, fannulloni, sfruttatori di bambini. I gagé hanno sistematicamente proiettato su di loro la propria Ombra, il proprio lato negativo, nascosto e negato. Gli Zingari, per un meccanismo psicologico ora conosciuto, si sono, purtroppo, assunti queste proiezioni, hanno introiettato l'immagine negativa, vi ci sono identificati e sono arrivati a comportarsi spesso come noi ci aspettiamo che si comportino". Per cui "capire il mondo zingaro (...) può forse contribuire a ritirare le proiezioni stesse e ad assumere, così, la responsabilità della nostra Ombra, condizione necessaria per trasformare i rapporti personali, interpersonali, interetnici e interculturali".

Martinez-Frias ML, Bermejo E

Prevalece of congenital anomaly syndromes in a spanish gypsy population.

Paese	Spagna
Rivista	J Med Genet 1992; 29(7): 483-6
Parole chiave	genetica
Commento	Entro lo Spanish Collaborative Study of Congenital Malformations, uno studio caso-controllo ospedaliero, si esamina il sottogruppo dei Rom. I Rom hanno incidenza di malattie autosomiche recessive 7 volte superiore alla media e parimenti vi è una maggior percentuale di portatori. La causa è la grossa percentuale di matrimoni tra consanguinei.

Morales J L, Huber L, Gallego S, Alvarez G, Diez-Delgado J, Gonzales A, Aguilar L, Dal-Ré R

A seroepidemiologic Study of Hepatitis A in Spanish Children. Relationship of Prevalence to Age and Socio-Environmental Factors.

Paese	Spagna
Rivista	Infection 1992; 20 (4): 194-6
Parole chiave	malattie infettive, marginalità
Commento	Studio sierologico su pazienti pediatrici ricoverati in ospedale per cause diverse dall'epatite A. Studiati 51 bimbi rom <14 anni. E' risultata positiva la ricerca di anticorpi anti epatite A nel 63% delle famiglie rom (veniva incluso nello studio solo un bimbo per ogni famiglia), in confronto con il 46% delle famiglie dei bimbi che vivono in orfanotrofio e con il 23% delle famiglie dei bimbi non rom di classe sociale medio-bassa. Le cause della maggiore prevalenza dell'epatite A tra i Rom sono l'affollamento e le carenti condizioni igieniche dell'abitazione.

Moreton J

Educating parents and professionals.

Paese	Gran Bretagna
Rivista	Health Visit 1992; 65 (8): 266-7
Parole chiave	educazione sanitaria, vaccinazioni, esperienze operative
Commento	Si racconta la metodologia usata in una campagna di educazione sanitaria in cui si è proposta ai genitori la vaccinazione contro l'Haemofilus Influenzae tipo B, causa di un tipo frequente di meningite e di epiglottite. La vaccinazione prevede due dosi per via parenterale e viene somministrata in concomitanza con la vaccinazione DTP. Questo programma è stato esteso anche ai Rom con ottimi risultati. Fattori che hanno cantribuito alla buona riuscita tra i Rom sono: -i genitori conoscono la meningite (si era recentemente verificato un caso in una famiglia) e la temono come malattia mortale; -un unico assistente sanitario ha svolto opera di educazione sanitaria famiglia per famiglia, aveva la fiducia delle famiglie ed ha anche praticato le vaccinazioni al campo.

Naga

Rom e salute. Revisione della letteratura internazionale.

Paese	Italia
Documento	non pubblicato, Milano 1994
Parole chiave	rom, salute, articoli scientifici
Commento	Si tratta di una ricerca bibliografica ad opera di alcuni medici del Naga di Milano, che è stata condotta su Medline (banca dati internazionale che raccoglie tutti gli articoli scientifici in campo biomedico) per gli anni 1988-1994. Ai lavori trovati mediante la ricerca computerizzata sono stati aggiunti altri articoli citati nelle fonti bibliografiche ed altri lavori noti. Si può ritenere che siano stati raccolti tutti i principali articoli che trattano di salute dei Rom pubblicati nell'arco di quindici anni: dal 1988 al 1994.

Naga, Regione Lombardia

I percorsi sanitari degli Zingari. Indagine conoscitiva nell'ambito milanese.

Paese	Italia
Documento	non pubblicato, Milano, Gennaio 1995
Parole chiave	policy, cultura, stato di salute, uso dei servizi, demografia, marginalità
Commento	Indagine sui percorsi sanitari dei pazienti zingari. Interviste a pazienti ed a operatori sanitari. Analisi da un punto di vista medico ed antropologico.

Naga, Regione Lombardia

Progetto sperimentale socio-assistenziale rivolto alle popolazioni nomadi di età compresa tra 0 e 14 anni.

Paese Italia
Documento Milano, Agosto 1991
Parole chiave vaccinazioni
Commento Studio della situazione vaccinale di 260 Rom minori di 14 anni di Milano.

Naga, Regione Lombardia

Studio sulla morbilità della popolazine Rom dell'area milanese.

Paese Italia
Documento Milano, Maggio, 1996
Parole chiave uso dei servizi, stato di salute, pediatria, policy
Commento Per un anno sono stati registrati tutti i ricoveri pediatrici di Rom fatti negli ospedali milanesi.

Neile E

Travellers' health. Sick-birth caravans.

Paese Gran Bretagna
Rivista Nurs Stand. 1993 May 5; 7(33): 49
Parole chiave denuncia, marginalità, pers. paramedico
Commento Alla luce delle precarie condizioni di salute, dello scarso uso dei servizi sanitari dei Rom in Inghilterra e delle recenti leggi che possono provocare un ulteriore deterioramento delle condizioni abitative dei Rom, l'articolo invita gli operatori sanitari ad informarsi e a portare avanti la campagna: "Safe Childbirth for Travellers" promossa dalla Fondazione Save The Children.

Ormandy D

The health, safety and welfare of travellers.

Paese Gran Bretagna
Rivista Health Visit 1993 Aug; 66(8): 294
Parole chiave denuncia, marginalità
Commento La nuova legge peggiorerà le già precarie condizioni di vita dei Rom con conseguenti riflessi negativi sul loro stato di salute. Gli operatori sanitari devono essere consapevoli di questa situazione e devono trovare metodi che permettano di offrire comunque assistenza a questa popolazione.

Osella C

Il popolo invisibile.

Paese Italia
Rivista in "Zingari profughi. Popolo invisibile" Osella C (a cura di) Edizioni Gruppo Abele, 1997: 5-42
Parole chiave rom profughi
Commento Attraverso le storie di alcune famiglie rom che sono state costrette a lasciare i

loro paesi di origine dopo lo scoppio della guerra nella ex Jugoslavia viene descritta la loro nuova situazione italiana come profughi e zingari: un binomio perdente! Benché assolutamente neutrali nei confronti dei contendenti ("Ai rom non interesa né questa guerra , né altre guerre... il rom è un uomo di pace..."), molti di loro giunti in Italia hanno ricevuto un trattamento discriminatorio rispetto agli altri profughi: sono stati abbandonati nei campi nomadi già esistenti ignorando il problema della loro accoglienza. Queste persone hanno potuto usufruire solo in minima parte della legge 390/92, una legge straordinaria che il governo italiano ha varato per la tutela dei profughi della ex Jugoslavia. I rom sono stati spesso trattati in modo inumano e illegale.
La maggior parte di loro, che non fa parte del nucleo "storico" dei Rom e Sinti presenti in Italia, sono fuggiti con la speranza di ricominciare una vita nuova. Sognano un lavoro, una casa, la scuola per i loro figli; del resto hanno paura a rientrare nelle loro case, quando non sono state distrutte, perchè gli uomini sono "retinenti alla leva e disertori", considerato un grave reato nei vari stati nati dallo smembramento della ex Jugoslavia. Da non sottovalutare poi il rischio di una "purificazione" etnica a danno dei Rom: il razzismo contro il popolo rom e sinto non è una triste prerogativa italiana ma si trova ovunque. La speranza è che i gagé possano cominciare a vivere rapporti di parità con i rom e i sinti, non solo a parole ma con fatti concreti.

Pahl J, Vaile M

Health and and health care among travellers.

Paese Gran Bretagna

Documento Canterbury: University of Kent, Health Services Research Unit, 1986

Parole chiave vaccinazioni, materno-infantile, policy, stato di salute, uso dei servizi,cartella sanitaria personale

Commento Ricerca condotta nel 1984 nel Kent: assistenti sanitari hanno intervistato tutte le mamme rom, hanno inoltre compilato un questionario per ogni figlio di età inferiore a 5 anni.
I dati raccolti, di tipo anamnestico, riguardano 263 mamme e 264 bambini; in base ai dati popolazionali questa è una percentuale molto elevata della popolazione oggetto dello studio.
Ambiente di vita: le condizioni igienico-abitative delle intervistate sono estremamente precarie con un gradiente che peggiora andando dai terreni privati ai campi statali ai campi abusivi.
Un terzo delle intervistate giudica non sicuro il luogo ove giocano i figli.
Uso dei servizi sanitari: 85% delle mamme è iscritta con un medico di base, trovato un medico bravo e disponibile i rom fanno anche molta strada per raggiungerlo (19% dista più di 5 miglia).
Negli ultimi 5 anni 40% non si è mai recata dal dentista (popolazione generale: 26%), 14% ha sofferto di ansia o depressione meritevoli di trattamento (popolazione generale: 15%).
La cura delle malattie si ottiene in due terzi dei casi dal medico di base e in un terzo dei casi dall'ospedale.
Gravidanza: elevata fecondità, in media hanno 3.1 figli, 16% hanno 5o+ figli. 5% delle gravidanze non hanno avuto nessun'assistenza prenatale,

97% dei parti avvengono in ospedale, 91% per via vaginale, 5% col forcipe e 4% cesarei. 12.8% dei neonati sono di peso inferiore a 2500 grammi.
La mortalità perinatale è maggiore rispetto alla popolazione generale ma non così elevata come appare da altri studi sui Rom.
Il cattivo esito della gravidanza è più frequente tra le famiglie che più si spostano.
Allattamento: solo 16% dei bambini erano stati allattati esculusivamente al seno per almeno 15 giorni.
Pianificazione familiare: 55% delle intervistate afferma di usare un metodo contraccettivo (76% è la media nella popolazione generale) nel 16% dei casi la pillola.
Stato di salute dei bambini: 11% ha avuto un grave incidente, sempre curato in ospedale come viene portato in ospedale 1/3 delle malattie (2/3 vanno dal medico di base). 3% dei bambini sono definiti mentalmente o/o fisicamente handicappati dalle mamme.
Gli intervistatori hanno spesso rilevato che i traumi e le ferite minori sono curate male e ciò evidenzia la necessità di educazione sanitaria mirata.
80% dei bimbi <1anno aveva avuto regolari controlli pediatrici; ma solo il 43% dei bimbi di 2 anni aveva avuto regolari controlli pediatrici; 66% aveva fatto un esame dell'udito e solo 22% quello della vista.
La copertura vaccinale appare molto bassa: solo 24% è correttamente vaccinata per DT e polio e solo 10-14% per pertosse e morbillo.
Desta molta preoccupazione questa bassa accettazione delle vaccinazioni ed appare strano che non si verifichino epidemie
Conclusioni: Prioritario ed urgente appare migliorare le condizioni igienico-abitative; oltretutto questa è vista come la necessità prioritaria dagli stessi Rom.
Appare necessario, come già avviene in diverse realtà, destinare assistenti sanitari in modo specifico all'assistenza ai Rom ed eventualmente portare al campo diversi servizi sanitari però quest'azione deve essere vista come un ponte tra Rom e SSN per aumentare la conoscenza e la fiducia dei Rom verso il SSN e quindi in definitiva migliorarne l'accessibilità.
Utile che i Rom tengano con sè la documentazione sanitaria personale.
La ricerca ha anche evidenziato che le autorità sanitarie non erano a conoscenza della presenza di Rom nel loro territorio e delle loro necessità sanitarie: questo fatto denota l'impossibilità di offrire un assistenza adeguata.

Pahl J, Vaile M

Health and and health care among travellers.

Paese	Gran Bretagna
Rivista	J Soc Policy 1987; 17: 195-213
Parole chiave	cartella sanitaria personale
Commento	Problema della cartella clinica personale per i Rom: benchè ci siano alcune positive esperienze un problema deriva dal fatto che gli operatori sanitari non ne conoscono l'esistenza e così non la chiedono ai pazienti rom. (Citato da Feder 1989).

Piasere L

I popoli delle discariche. Saggi di antropologia zingara.

Paese Italia
Libro Ed. CISU Roma, 1991
Parole chiave cultura, storia
Commento Questo libro raccoglie una serie di saggi apparsi in Italia e all'estero tra il 1980 e il 1989.
Gli Zingari sono un popolo allo sbando, in via di disintegrazione culturale?
Al contrario, scrive Leonardo Piasere nella prefazione, gli Zingari mostrano "culture zingare forti, vigorose, creativamente vivaci, sensibilissime alle scosse della storia e pronte ad adeguarvisi con una flessibilità strutturale tale, quale raramente gli antropologi hanno reperito in altre popolazioni".
Le popolazioni zingare sono aperte ad acquisire e a reinterpretare certi tratti culturali che provengono dalle popolazioni non zingare circostanti, ma pronte a rifiutarne altri percepiti come pericolosi per la coesione interna. Questo spiega la perennità degli Zingari nonostante siano spesso confinati a vivere in riserve o nei pressi delle nostre discariche.

Rabino Massa E, Viterbo S, Mina M, Giordano M

Indagine epidemiologica su caratteristiche di interesse odontostomatologico di un campione di popolazione nomade in età pediatrica.

Paese Italia
Rivista Min Stom 1988; 37: 7-12
Parole chiave pediatria, stato di salute
Comemnto Indagine eseguita su un campione di popolazione nomade in età pediatrica.
Emerge una scarsa igiene dentale nei 2/3 dei soggetti (1/3 non lava mai i denti), un'elevata prevalenza di patologia cariosa e un'incidenza della patologia parodontale sovrapponibile alla media.
Pochissimi sono i soggetti (6 su 76) che sono stati sottoposti a cure conservative sempre in strutture pubbliche.
Interessante riportare le difficoltà incontrate nella ricerca condotta nelle scuole e nei campi nomadi torinesi nel '85-'86 su 76 bambini:
- l'anamnesi risulta inattendibile;
- discordanze tra età dichiarata ed età dentale
- non è stato possibile fare fotografie o radiografie a causa della diffidenza dei pazienti e dei loro familiari.

Reid T

Community care Partners in care.

Paese Gran Bretagna
Rivista Nurs Times 1993 Aug 18-24; 89(33): 28-30
Parole chiave esperienze operative, ed. sanitaria, policy, uso dei servizi, cartella sanitaria personale
Commento Esperienza molto interessante di assistenza sanitaria per i nomadi.
Si è allestito un ambulatorio cui i Rom accedono senza formalità dove opera un assistente sanitaria coadiuvata da un medico.

L'ambulatorio offre per le donne Pap Test e family planning e per i bambini azioni di sensibilizzazione per la prevenzione.
L'ambulatorio costituisce uno spazio ove parlare di problemi personali in modo riservato (cosa impossibile in una roulotte) ed un luogo ove i Rom sanno di essere accolti ed ascoltati; l'incontro e le problematiche poste dai Rom costituiscono occasione per azioni di educazione sanitaria.
Alcune giovani rom sono state coinvolte nel lavoro di mediazione culturale.
Si organizzano gruppi di discussione e confronto con le donne sui temi legati alla salute, la pianificazione familiare e l'alimentazione.
Parallelamente operatori della scuola hanno fatto corsi di alfabetizzazione.
Al campo si porta informazione sull'ambulatorio e si stimolano i Rom a recarvisi.
Quando viaggiano i Rom portano immancabilmente con sè la propria documentazione sanitaria.
Si collabora col Pronto Soccorso e coi Medici di Base al fine di facilitare il corretto accesso dei pazienti ai servizi sanitari.
Molto utile il Gruppo Nazionale degli Operatori Sanitari che lavorano coi Rom che costituisce un momento di stimolo, confronto, scambio di esperienze e materiali e permette di collaborare nel seguire pazienti che girano.
L'ambulatorio ha portato a buoni risultati rispetto all'obiettivo di far si che i Rom usufruiscano dell'assistenza sanitaria a cui hanno diritto.

Rose V

Community care On the road.

Paese Gran Bretagna
Rivista Nurs Times 1993 Aug 18-24; 89(33): 30-1
Parole chiave esperienze operative, personale paramedico, educazione sanitaria
Commento Esperienza di un'assistente sanitaria inglese che opera coi Rom a Dorset.
Lo stato di salute è molto precario e spesso è peggiorato dalla stanzialità forzata. Elevata prevalenza di fumo di sigarette, obesità, diabete, coronaropatia, ipertensione e calcoli epatici; la copertura vaccinale era del 5%.
I Rom sperimentano una costante discriminazione ed anche l'accesso alle cure cui hanno diritto è difficile: i gruppi che più hanno bisogno di assistenza sanitaria hanno maggiore difficoltà ad ottenerla.
Queste precarie condizioni di salute hanno portato alla decisione di allestire un ambulatorio mobile che si recasse nei campi offrendo consulenza, educazione sanitaria e vaccinazioni.
Lo scopo è stato di portare un servizio che i Rom accettassero e quindi, una volta capita l'importanza dell'assistenza sanitaria fossero in grado di usufruire di qualsiasi struttura del Servizio Sanitario Nazionale.
Dopo cinque anni di lavoro i risultati sono buoni con una copertura vaccinale del 95%, adulti che hanno smesso di fumare etc (più difficile è invece aumentare l'allattamento materno).
Elementi importanti di metodo sono: il seguire le loro richieste nell'attività di educazione sanitaria e di vaccinazione, educazione sanitaria fatta a gruppi di pari, tenere presenti i valori e le tradizioni del gruppo.
L'educazione sanitaria si è avvalsa di materiali audiovisivi elaborati dalla Fondazione Save the Children e da Maternity Alliance.

Sadlers C

Out in the cold.

Paese Gran Bretagna
Rivista Nursing Times 1993, 89: 16-7
Parole chiave uso dei servizi, denuncia
Commento Viene discussa la politica statale che autorizza la sosta delle carovane di nomadi solo in luoghi non autorizzati.
Ma non esistendo un numero sufficiente di campi sosta, sono frequenti gli episodi di sfratto forzato nei quali le forze dell'ordine non dispensano neanche le donne incinta, anche se sul punto di partorire.
Review su proposte in proposito fatte da voci autorevoli.

Schiavon G

Le normative italiane riguardanti l'accoglienza degli sfollati dai territori della ex Jugoslavia.

Paese Italia
Libro in "Zingari profughi. Popolo invisibile", Osella C (a cura di) Edizioni Gruppo Abele, 1997: 74-108
Parole chiave rom profughi, normativa, asilo umanitario, sfollato
Commento L'autore ha analizzato il modo nel quale l'Italia ha gestito l'accoglienza delle popolazioni stanziali o semistanziali di origine rom <<sfollate>> dai territori dell'ex Jugoslavia a motivo del conflitto bellico.
Dopo un necessario inquadramento di carattere generale sulle normative internazionali riguardanti <<l'asilio umanitario>> e le modalità con le quali la comunità internazionale ha pensato di affrontare l'enorme esodo dei profughi dall'ex Jugoslavia, l'autore ha esaminato ciò che é avvenuto nella situazione italiana: la legge straordinaria 390/92 per l'accoglienza temporanea per ragioni umanitarie dei profughi provenienti dall'ex Jugoslavia e come tale legge è stata applicata per l'accoglienza di quei profughi appartenenti a popolazioni di origine rom.

Sormani E, Cottatellucci T, Siena I

Il Bambino Zingaro.

Paese Italia
Libro in "La Salute del Bambino Extracomunitario e del Bambino Zingaro. Guida per il pediatra" a cura di Parizzi F e Acerbi L, Monza Dicembre 1994: 91-100
Parole chiave pediatria, cultura, uso dei servizi,stato disalute
Commento Presentazione per i pediatri delle caratteristiche storiche, culturali e sociologiche del popolo rom.
Analisi delle condizioni di salute e dell'uso dei servizi sanitari.
Consigli su come lavorare in salute coi Rom.

Sormani E

Il bambino zingaro.

Paese	Italia
Rivista	RMP 495, Pediatria 45; 1995: 20-23
Parole chiave	stato di salute, pediatria
Commento	Excursus su quanto esiste in letteratura sullo stato di salute dell'infanzia zingara e la modalità di gestione delle malattie dei bambini ed il rapporto con le strutture sanitarie. Alcuni dati dell'esperienza del Naga.

Streetly A

Health care for travellers: one year's experience.

Paese Gran Bretagna

Rivista Br Med J 1987; 294: 492-4

Parole chiave policy, esperienze operative, cartella sanitaria personale

Commento Si descrive il primo anno di lavoro di un progetto di assistenza sanitaria messo in atto da un distretto sanitario inglese nel Kent.

Da notare che, in seguito ad uno studio sulle condizioni di salute dei Rom, questo progetto è nato interamente entro la struttura sanitaria e dai suoi vertici e non dal volontariato nè dalla buona volontà di un singolo operatore.

In base a ripetuti incontri con i Rom e con gli altri servizi di assistenza ci si è posti l'obiettivo di aumentare l'accessibilità dei Rom all'assistenza sanitaria.

Per fare ciò si è allestito un ambulatorio mobile che ha compiuto regolari visite quindicinali ai campi.

Il target iniziale era l'area materno-infantile ma si è rapidamente allargato all'intera popolazione visti i rilevanti problemi sanitari di tutti.

Si sono sviluppati programmi preventivi: monitoraggio della crescita, vaccinazioni, pianificazione familiare, controlli prenatali, incentivo all'allattamento al seno.

Si è anche dato molto spazio all'informazione sui servizi sanitari locali, sui medici di base disponibili a curare i Rom, alla prenotazione delle visite ed all'accompagnamento dei pazienti per fornire loro sostegno morale.

Infine attività di educazione sanitaria partendo da eventi occasionali e l'elaborazione di una cartella clinica personale che conserva il paziente.

L'autore formula le seguenti raccomandazioni per autorità sanitarie che vogliano garantire equità nell'accesso all'assistenza sanitaria anche per i Rom:

-monitorare la presenza e lo stato di salute dei Rom presenti sul proprio territorio;

-garantire condizioni igienico-abitative accettabili;

-individuare un assistente sanitario destinato ai Rom che faccia da referente e garantisca collegamento tra i vari servizi assistenziali; utile anche una rete di collegamento nazionale di questi assistenti sanitari;

-attivare un ambulatorio mobile per raggiungere le famiglie più nomadi;

-diffondere la cartella sanitaria personale da lasciare in mano al paziente rom;

-garantire collegamento ed obiettivi comuni a tutti i servizi assistenziali che lavorano coi Rom;

-sviluppare azioni di educazione sanitaria.

Sutherland A

Gypsies and Health Care.

Paese USA

Rivista West J Med 1992; 157: 276-280 (in Cross-cultural medicine {special issue}).

Parole chiave cultura, uso dei servizi

Commento Osservazioni di un'antropologa che ha studiato in particolare i Rom della California.

L'articolo esamina aspetti culturali che hanno influenza sullo stato di salute e sull'attitudine a curarsi dei Rom.

L'articolo (difficilmente riassumibile) è diviso nei seguenti paragrafi:

- cultura rom;
- la malattia è un evento sociale;
- fortuna e salute;
- Marime e Gage;
- purezza-impurità ed età;
- alimentazione e salute;
- cause di malattia;
- stato di salute dei Rom;
- morte.

Delle tante cose interessanti ne sottolineiamo alcune:

- i luoghi pubblici frequentati dai gage sono considerati impuri e da evitare finche è possibile;
- il contatto con i gage, pericoloso per gli adulti, non lo è per i bambini;
- le malattie sono distinte tra quelle che originano entro il mondo rom e che possono essere curate solo da guaritori rom (tipicamente donne anziane) e le malattie che originano nel mondo dei gage e che possono essere curate dai gage siano essi medici o guaritori;
- i Rom sanno trovare ciò che vogliono anche nel campo dell'assistenza sanitaria: meglio di altre minoranze etniche sanno quali sono i medici famosi e gli ospedali più rinomati; tipicamente essi girano e cercano assistenza dove pare a loro.

Concludendo l'autrice formula queste raccomandazioni rivolte agli operatori sanitari che hannno a che fare coi Rom:

- bisogna sapere che gli anziani hanno un ruolo importante nella comunità rom ed anche nel processo decisionale del paziente;
- l'inglese è per i Rom una seconda lingua perciò bisogna parlare loro in modo semplice e chiaro;
- bisogna tenere presente che molti Rom non sanno leggere;
- bisogna chiedere al paziente se le nostre prescrizioni vanno contro la sua religione e le sue tradizioni;
- è molto difficile convincere i Rom a modificare abitudini di vita poco salutari tipico esempio è l'obesità che è ai loro occhi segno di fortuna e benessere, tuttavia non bisogna rinunciarvi visto l'effetto negativo sulla salute;
- per un Rom non è possibile fermarsi in ospedale solo; è necessario permettere che un parente stia sempre vicino al malato, la rotazione permette di evitare la folla di parenti ed i problemi conseguenti. Ancora di più questo vale se il malato è in condizioni terminali.

Sutherland A

Health and Illness Among the Rom of California.

Paese USA
Rivista J of the Gypsy Lore Society 1992; 5 (2) 19-59
Parole chiave cultura, medicina tradizionale
Commento I concetti di salute e malattia tra i Rom sono strettamente collegati alla loro visione del mondo in cui sono importanti le nozioni di purezza/impurità, inclusione ed esclusione, fortuna e sfortuna.
Queste nozioni di base condizionano in molti modi la vita quotidiana e dettano regole relative al lavare, al cibo, ai vestiti, alla casa, ai riti religiosi, alla diagnosi e alla cura delle malattie.
Questo articolo descrive i concetti e le regole culturali collegate all'idea che i Rom hanno delle cause di malattia; si riportano inoltre i rimedi tradizionali per numerose malattie.

Taylor J

Travellers. Health behaviour and beliefs.

Paese Gran Bretagna
Rivista Health Visit 1991; 64(7): 223-4
Parole chiave cultura, policy
Commento I Rom fanno scarso uso dei servizi sanitari che sono a loro disposizione.
L'autrice sostiene che anzichè insistere con un approccio etnocentrico che tenta di aumentare l'accessibilità a questi servizi sanitari, l'assistenza sanitaria andrebbe impostata in un modo adatto alla cultura ed alle tradizioni dei Rom.

Thomas J D

Gypsies and American Medical Care.

Paese USA
Rivista Annals Internal Med. 1985; 102: 842-845
Parole chiave stato di salute, cultura
Commento L'autore, un medico di Boston si è trovato a curare diversi Rom in ospedale, interessatosi ai loro problemi sanitari ha avuto modo di conoscere più da vicino il mondo dei Rom recandosi anche nei loro campi; in questo articolo descrive le caratteristiche e la storia del popolo Rom, la loro cultura e le loro abitudini, il loro atteggiamento verso la malattia, la morte e gli operatori sanitari. L'articolo è interessante e fornisce un buon inquadramento dell'argomento.
Vogliamo qui riportare alcuni dati interessanti.
I Rom hanno dei guaritori tradizionali che sono solitamente donne anziane. Non hanno interesse per la medicina preventiva e solitamente non vaccinano i figli. Il loro contatto con la medicina ufficiale avviene in momenti di crisi, per malattie acute che quasi sempre sono banali affezioni, che vengono portate in Pronto Soccorso con senso di grande urgenza ed agitazione.
Al contrario hanno abitudini di vita molto poco sane (obesità, fumo, dieta

grassa etc) che condizionano un elevata prevalenza di malattie croniche come l'ipertensione arteriosa, le malattie cardiovascolari e il diabete.
Anche se sono analfabeti si orientano bene nei servizi sanitari, vanno negli ospedali più rinomati, non hanno fiducia dei servizi offerti gratuitamente e ricercano i migliori specialisti per visite private.
Il ricovero ospedaliero è un evento molto traumatico poiché l'ospedale è visto come luogo impuro e perché il Rom vi si trova da solo separato dal suo gruppo. Essi cercano di controllare l'operato dei medici e non concedono più fiducia al medico che ha sbagliato una volta.
E' indispensabile dedicare molto tempo alla comunicazione con i familiari del paziente. Essi accettano la figura del medico donna forse per l'abitudine che i guaritori Rom sono le donne anziane.
Se un Rom sta morendo in ospedale i parenti attueranno una serie di pratiche tradizionali come aprire una finestra ed accendere una candela ai piedi del letto, impossibile che acconsentano all'autopsia. In conclusione l'autore si augura che una maggiore conoscenza dei Rom e della loro cultura possa rendere meno difficile l'incontro tra questi malati e gli operatori sanitari.

Thomas J D, Doucette M M, Catanzano Thomas D, Stoeckle J D
Disease, lifestyle, and consanguinity in 58 american gypsies.

Paese USA
Rivista Lancet 1987; 15:377-9
Parole chiave stato di salute, genetica, cultura
Commento Gli autori espongono i risultati di una indagine sullo stato di salute di 58 adulti Rom di Boston a cui è stato proposto di collaborare alla ricerca (è cioè un gruppo di soggetti e non necessariamente un campione rappresentativo della popolazione).
Emerge uno stato di salute molto precario con
1. Abitudini di vita malsane: fumo di sigaretta che interessa fin dall'età preadolescenziale l'86% dei soggetti studiati , dieta molto ricca di grassi animali, sale, zucchero ed alcool, obesità molto diffusa (84%) e vista come segno di prosperità e buona salute, assente invece l'uso di droga.
2. Consanguineità molto elevata: tutti i matrimoni avvengono entro il gruppo rom e su 21 matrimoni, 13 sono fra cugini di I, II o III grado.
Questo dato ha trovato un certo interesse nella letteratura; altri autori si sono concentrati sull'elevata proporzione di matrimoni tra consanguinei trovando un'elevata incidenza di malattie recessive (fenilchetonuria, carenza di galattochinasi, citrullinemia, morbo di Wilson, leucodistrofia metacromatica, polidattilia).
3. Malattie. Riportiamo la tabella che indica la prevalenza di malattia tra i soggetti studiati:
ipertensione arteriosa: 73%
diabete mellito NID: 46%
ipertrigliceridemia: 80%
ipercolesterolemia: 67%
stenosi vasolare: 39%

insufficienza renale cronica: 20%
Sono stati inoltre osservati 4 casi di insufficienza renale terminale, 4 casi di emorragia cerebrale, 3 casi di asma e due di pancreatite.
Stranamente rare sono le complicanze polmonari (bronchite cronica e tumori) del fumo di sigaretta.
4. Aspettativa di vita. E' sicuramente più bassa della popolazione generale; gli autori hanno rivisto i dati di 14 decessi avvenuti nel loro ospedale e l'età media era di 48 anni con 4 decessi per ictus legato ad un'ipertensione arteriosa non controllata; secondo gli stessi Rom la loro vita media è di 55 anni.
Gli autori concludono che è necessario sviluppare ulteriori studi su questi temi finora molto trascurati dai ricercatori.

Tong Diane (a cura di)
Storie e fiabe degli zingari.

Paese Italia
Libro Ed. TEADUE, 1997
Parole chiave cultura, fiabe
Commento "Perché gli zingari sono sparpagliati sulla terra, La chiesa di formaggio, Il maniscalco zingaro, Perché il mare è salato..."
Ottanta narrazioni raccolte, e alcune di esse trascritte per la prima volta, tra gli zingari di tutto il mondo, lungo un periodo di tempo che va dal 1870 al 1980. Un omaggio alla ricca cultura del popolo rom.

Toth-Pàl E, Papp Cs, Papp Z
Quality and quantity ratios of obstetric care in the Gypsy and non-Gypsy population in Hungary.

Paese Ungheria
Rivista Int. J. Gynec.&Obstetr. 1994; 4: 63-64
Parole chiave problemi perinatali
Commento L'analisi di 63.496 gravidanze terminate con parti a termine, aborti, parti prematuri ed avvenute fra il 1988 e il 1990 in 3 distretti ungheresi ha dimostrato che i problemi perinatali si concentrano soprattutto nella popolazione zingara.

Trillò M E, Casa L, Ferrante M P, Fortuna C, Giannantonio A, Marolla F, Mazzeo M C, De Angelis P, Orzalesi M, Agostini P, Uccella S
Utilizzazione delle strutture di Pronto Soccorso Pediatriche di Roma da parte dei bambini stranieri.

Paese Italia
Atti Atti del Convegno: Epidemiologia della diseguaglianza nell'infanzia, Roma Aprile 1994 a cura di Corchia C, Baronciani D, Ghetti V; Ist. Italiano di Medicina Sociale Editore-Roma 1995: 336-337
Parole chiave pronto soccorso, pediatria
Commento Risultati di uno studio sull'uso del Pronto Soccorso di 6 ospedali di Roma,

durante 4 settimane, da parte di bambini stranieri divisi in nomadi ed immigrati. Gli autori concludono che la struttura di P.S. viene utilizzata come prevalente punto di riferimento sanitario da questi bambini per la mancanza di assistenza sul territorio.

Tyler C

Travellers' tale.

Paese Gran Bretagna

Rivista Nurs Times. 1993 Aug 18-24; 89(33): 26-7.

Parole chiave denuncia, esperienze operative, policy

Commento In Inghilterra salute ed istruzione sono per i Rom tutt'altro che un diritto acquisito.

In particolare per la salute diversi studi hanno dimostrato che i Rom hanno scarso accesso ai servizi sanitari e che molti operatori sanitari non accettano i Rom tra i loro pazienti.

Recenti modifiche legislative hanno peggiorato e peggioreranno la situazione: sono stati ridotti i campi attrezzati ed aumentate le possibilità di effettuare sgomberi così che tra i Rom aumenterà il nomadismo e peggioreranno le condizioni igienico-abitative.

Inoltre sistemi di pagamento dei medici di base proporzionali a risultati e coperture vaccinali raggiunte li indurranno a rifiutare i pazienti nomadi che spesso non permettono buoni risultati.

Questa situazione così negativa eppure destinata a peggiorare ancora, ha fatto nascere una risposta concreta di largo respiro promossa dalla fondazione Save The Children che nel 1987 ha dato vita ad uno specifico progetto che ha unito operatori scolastici e sanitari e si è rapidamente diffuso a livello nazionale.

Il progetto che in ogni realtà locale cerca di partire dai bisogni dei Rom concordando con loro gli interventi ha dato luogo a:

-un lavoro nell'area materno-infantile con l'obiettivo di facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria;

-sperimentazione ed implementazione della cartella sanitaria personale che viene data al Rom su cui vengono segnate tutte le informazioni sanitarie di rilievo;

-corsi di formazione per gli operatori sanitari territoriali che hanno a che fare coi pazienti Rom;

-incontri tra operatori a livello locale e nazionale.

La sfida che si pone ora, oltre a proseguire nel campo strettamente sanitario è quella di un'azione a livello politico per ottenere migliori condizioni abitative per i Rom.

UNICEF-ICDC (a cura)

Crescere zingaro.

Paese Italia

Rivista UNICEF-ICDC (a cura), Crescere zingaro, introduzione di A. Farina, ed. Anicia, 1994

Parole chiave bambino, minoranza, cultura, stato di salute

Commento La pubblicazione, nata dai temi trattati nel Seminario di studi "Crescere zingaro"

organizzato a Firenze, nell'ottobre del 1992, dal Centro Internazionale per lo Sviluppo dell'Infanzia (ICDC) dell'UNICEF, affronta in particolare la situazione dei bambini zingari in Europa.
cap.I: panoramica del costituirsi di una minoranza, esame dei fattori che alimentano lo sviluppo e la perpetuazione di pratiche discriminatorie (Pace E);
cap.II: riassunto dei più importanti temi affrontati nel seminario (ruolo del bambino nella cultura zingara, salute, istruzione, abitazione, economia familiare), delle raccomandazioni e proposte operative (Shuinéar m's);
cap.III: rassegna della letteratura attuale sugli zingari, sulle condizioni sociali dei bambini zingari in Europa e delle iniziative messe in atto per affrontare i loro problemi (Costarelli S);
cap.IV: resoconto di uno studio sulle condizioni di vita dei bambini zingari in quattro paesi europei: stato di salute, abitazione, scolarizzazione, istruzione professionale (Costarelli S);
cap.V: affronta il problema del cambiamento culturale all'interno della realtà zingara, analizzando esempi di cambiamento ed adattamento delle comunità zingare (Reyniers A).

Viaggio G
Storia degli Zingari in Italia.

Paese	Italia
Libro	Collana Interface-Anicia, 1997
Parole chiave	storia
Commento	Scrive Giorgio Viaggio: "(...) Quella degli Zingari in Italia non è tanto una storia in qualche modo rimossa (...) è in realtà una storia semplicemente "dimentica". (...) la storia degli Zingari non solo è finora una storia scritta dagli altri (...) ma è altresì una storia scritta e - quindi narrabile - quasi esclusivamente attraverso "la legge", una legge sempre contraria e nemica dei loro diritti. (...) Esiste un filo, che lega lo sviluppo che la società ha avuto nel passato nei confronti degli Zingari. Esso è rappresentato dalla costante ricerca di una "giustificazione" (culturale, politica, religiosa o scientifica) dell'ostilità e del rifiuto. (...) In realtà - fortunatamente - la storia non è solo quella "ufficiale". (...) è iniziata a venire alla luce una storia fatta di piccoli episodi (...) dove è possibile intravedere una convivenza (...) che rende giustizia circa l'aspirazione degli Zingari ad essere considerati non solo e sempre un "corpo estraneo".

Viviano G G, Benedetto C P, Piras L, Villani M, Viviano M T
Rilievi clinico-statistici dell'accesso in Pronto Soccorso dei bambini zingari a Roma.

Paese	Italia
Rivista	Riv Pediatr Soc 1993; 43(4): 155-157
Parole chiave	pronto soccorso, pediatria
Commento	Confronto nell'utilizzo del Pronto Soccorso dell'Ospedale "Bambino

Gesù” di Roma nell’anno 1992 da parte degli zingari e del resto della popolazione. Gli autori arrivano alla conclusione che i bambini zingari, pur vivendo in condizioni ambientali e sanitarie sfavorevoli utilizzano meno il Pronto Soccorso e nel modo migliore in quanto vi arrivano solo quando le loro condizioni sono realmente gravi.

Walker P C

The health of travellers.

Paese	Gran Bretagna
Rivista	Br Med J 1986; 293: 1322
Parole chiave	stato di salute, policy
Commento	Editoriale di un Direttore Generale di Distretto di Bristol.

Alcuni studi hanno dimostrato senza lasciare dubbi che i Rom in Inghilterra vivono in condizioni molto precarie e che hanno rilevanti problemi sanitari e allo stesso tempo uno scarso accesso all’assistenza sanitaria.

Cosa si può fare?

Innanzitutto è indispensabile migliorare le condizioni abitative.

I responsabili dei Distretti sanitari devono fare in modo di estendere le misure di medicina preventiva rivolte ai bambini, per fare ciò è necessario identificare tutte le famiglie rom del distretto e poi può essere necessario portare questi servizi al campo.

Per quanto riguarda l’elevata mortalità infantile ed il basso peso alla nascita non sono ben chiare le cause perciò è necessario condurre ulteriori ricerche.

Infine per migliorare l’accessibilità dei rom ai servizi sanitari è utile incaricare un operatore sanitario, meglio se un assistente sanitario, di fare da ponte tra i Rom ed il Servizio Sanitario Nazionale.

Wetzel R C, Dean J M, Rogers M C

Gypsies and Acute Medical Intervention.

Paese	USA
Rivista	Pediatrics 1983; 72: 731-5
Parole chiave	pediatria, cultura, uso dei servizi
Commento	Articolo scritto da medici di un reparto di terapia intensiva pediatrica di Baltimora che si sono trovati a ricoverare una bimba rom di 7 anni in condizioni cliniche terminali.

Avere a che fare con questa bambina e la sua famiglia, è stata un’esperienza molto stimolante nel corso della quale sono emersi molti problemi di tipo culturale.

Nel vivere una situazione come questa i Rom hanno mostrato alcune specificità:

- era fortemente presente la famiglia allargata;
- è emersa la mancanza di potere decisionale da parte dei giovani genitori;
- i parenti hanno seguito diverse pratiche tradizionali nel corso del ricovero e al momento della morte della bimba.

Da parte dello staff ospedaliero si è evidenziata la presenza di forti pregiudizi negativi nei confronti dei Rom e si sono verificate reazioni di ostilità.
Dialogando apertamente con i vari membri della famiglia è stato possibile capire le loro esigenze ed interagire in modo attento alla loro cultura.
Si individuano tre suggerimenti per una serena interazione con i pazienti rom e le loro famiglie:
- individuare il capo della famiglia allargata;
- stabilire un valido canale di comunicazione tra lo staff (scegliere uno-due medici evitando una girandola di operatori) e membri autorevoli della famiglia allargata nonché con i genitori del paziente;
- dare allo staff sanitario informazioni sui Rom, le lo origini e le loro tradizioni.

Williams E M, Harper P S

Genetic study of Welsh gypsies.

Paese Gran Bretagna
Rivista J Med Genet 1977; 14: 172-6
Parole chiave genetica
Commento Studio su 1200 Rom nel sud del Galles: la fenilchetonuria ha una incidenza molto maggiore rispetto alla popolazione non Rom.
La causa è l'elevata percentuale di matrimoni tra consanguinei.
(Citato da Feder 1989).

Zaccherini E

Diversità o devianza? Minori zingari e risposte giudiziare.

Paese Italia
Tesi Articolo tratto dalla Tesi di Laurea "Diversità o devianza? Minori zingari e risposte giudiziare." Zaccherini E, Università di Bologna, A.A. 1993-94
Parole chiave minori, processo penale minorile
Commento Indagine riguardante la realtà della criminalità minorile zingara a Bologna e la gestione del fenomeno da parte delle strutture giudiziare del capoluogo emiliano. Lo studio é stato condotto nel periodo 1991-1994. L'autrice a partire dal novembre 1991 ha frequentato come volontaria i campi nomadi di Bologna potendo così conoscere in prima persona la realtà delle famiglie Rom e di conseguenza le persone, le associazioni e le istituzioni che sul territorio bolognese operano in questo campo.
Le conclusioni dell'autrice non sono positive: "...le risposte della macchina della giustizia vanno in due differenti direzioni...: si ha infatti da un lato un sostanziale disinteresse per il fenomeno, che porta le singole preture a limitarsi... a "schedare" i minori, per poi ignorarne il destino...; dall'altra invece, si registra una univocità di risposte penali quando i minori vengono perseguiti e condannati, con modalità e provvedimenti essenzialmente punitivi...".

Zonda T, Lester D

Suicide among Hungarian Gypsies

Paese Ungheria

Rivista Acta Psychiatr Scand 1990; 82: 381-2

Parole chiave suicidio

Commento Lo studio condotto su una popolazione di 97.000 persone, di cui 7.000 zingari, di 3 distretti nel decennio 1970-1980 dimosra che il tasso di suicidi fra gli zingari é inferiore rispetto alla popolazione generale
(7.1x100.000 vs 22.4) mentre per i tentati suicidi il tasso é stato di 143x100.000 per gli zingari contro il 54x100.000 dei non zingari.
L'analisi delle cause rivela un uso del tentativo di suicidio come strategia per risolvere i problemi di isolamento dalla cultura non zingara e i conflitti con i propri genitori messa in atto dai giovani zingari.

Inoltre segnaliamo

(articoli citati in questo libro o comunque pertinenti all'argomento)

- Baglio G, Loiudice M, Geraci S: *Immigrazione e Salute: la normativa italiana*. in "Immigrazione e salute: un diritto di carta?" a cura di Geraci S, Edizioni Anterem, Roma 1996

- Bona G: *Aspetti sanitari in ambito pediatrico: uno studio nazionale*. Atti del Convegno: L'Idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà. 26-28 Giugno 1998, Università di Palermo, Ambulatorio S. Chiara, in press

- Conti M, Pietri F: *Esperienza di un consultorio pediatrico: attività a favore di una popolazione nomade*. Atti del Convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini". Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996

- Converso M, Meloni A C, Pancelli R, Piccolillo A (a cura di): *Gli Zingari e la Legge. Tra legislazione e intolleranza sociale*. Petrilli Editore, L'Aquila 1996

- Costa G, Tritta G: *Interventi sanitari rivolti alla popolazione infantile nomade presente nel Comune di Modena*. Alcune riflessioni. "Atti del Seminario di informazione ed aggiornamento sul popolo nomade". Modena Febbraio/Marzo 1996

- Diasio N: *Differenze culturali e percezioni di salute*. In "Argomenti di Medicina delle Migrazioni" di Geraci S. Ed. Peri Tecnes, Busseto-Roma, 1995, 182:192

- Farina M I: *Bambini nomadi e immigrati. Analisi dei bisogni e delle risposte dei servizi*. Tesi di Laurea, Università di Padova, a.a. 1993-94

- Favaro G: *Di qui e altrove. I bambini dell'immigrazione*. Atti del Convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini". Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996

- Galvani R, Melloni P, Serrentino A, Brunini M R: *Nomadi a scuola: quali problemi, quali scelte, quali strategie*. Atti del Convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini". Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996

- Gaspari L, Pini I: *La pediatria di comunità e i bisogni di salute del bambino nomade: esperienza di operatori dell'Azienda USL di Forlì*. Atti del Convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini". Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996

- Geraci S: *La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria.* In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 9, marzo 1998, 46:48

- Geraci S: *Zingari e promozione della salute. Esperienza e prospettive dell'équipe sanitaria della Caritas romana*. In "I Rom e la scuola: dalle classi differenziate alla scolarizzazione di massa." A cura di F. Iacomini, A. Longo, A.M. Ricci (Opera Nomadi). Petrilli Editore, Roma, 1996

- Maciocco G, Turco L, Vannocci A, Generoso M, Ranieri C, Signorini S, Mosena G: *Esperienza di un presidio distrettuale nell'intervento socio-sanitario in un campo nomadi dell'ASL 10 di Firenze*. CUAMM Notizie; Settembre-Dicembre 1997

- Miceli M, Di Lallo: *La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1982-1992*. Epid Prev 1996; 20: 80-82

- Narciso L: *La maschera e il pregiudizio. Storia degli Zingari*. Melusina Editrice, Roma, 1990

- Osella C (a cura di): *Raccolta di leggi e circolari*. (vol.I/vol.II) Quaderni Zingari n.11, Associazione Italiana Zingari Oggi,1992

- Porcu R, Cottatellucci T, Sormani E, Trevisan P, Livini E, Siena I, Cisilino C, Lodolo G, Sachsel E, Bandera L: *I problemi di salute dei bambini zingari*. Atti del Convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini". Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996

- Salvioli G P: *Il bambino immigrato: una nuova realtà per la Pediatria*. Riv Ital Pediatr (IJP) 1994; 20: 299-310

- Santoro P: *La mediazione culturale fra Zingari e servizi sanitari territoriali*. Atti del Convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini". Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996

- Staiti N: *Specificità culturale dei gruppi zingari presenti in Italia.* Atti del Convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini". Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996

- Terranova Cecchini R, Tognetti Bordogna M: *Migrare. Guida per gli operatori sociali, sanitari, culturali e di accoglienza.* Angeli F, 1992

- Tritta G: *Fiducia, interculturalità e progettualità ad ampio respiro: ipotesi di lavoro in campo sanitario.* Corso di Aggiornamento: "Zingari e scuola. L'integrazione scolastica dei bambini nomadi. Itinerari pedagogici didattici". Modena Aprile/Maggio 1998

...e non si può concludere...

Conclusioni o sfaccettature di un diamante?

Tentare di proporre delle conclusioni fa parte di un modo di procedere che si muove sulla base di un'organizzazione logica fondamentalmente *cronologica* della propria conoscenza, tipicamente nostra, occidentale.
A date premesse segue un processo che, influenzato da variabili più o meno controllate, porta a dei risultati i quali, valutati, permettono di trarre delle conclusioni. Il tutto in un tempo ragionevole e programmabile.
Ciò deriva da un concetto di storia formata dal succedersi di eventi umani reciprocamente articolati che, secondo una linea unitaria di sviluppo, delineano il cammino e l'evoluzione di una cultura nel tempo, in un dato luogo.
Entrando a contatto con la cultura zingara, nata e sviluppata in un contesto di 'itineranza', ci si accorge immediatamente che il senso della storia é diverso.
Scriveva un medico dopo alcuni anni di esperienza tra gli Zingari in un campo-sosta:
"Quando entri lì non esiste più il tempo, o meglio, non esiste più il succedersi degli istanti, delle ore, dei giorni, delle stagioni, il 'kronos' che ti fa correre e correre, dandoti l'illusione di essere tu l'artefice della storia. Appena entri in un campo rom, hai la sensazione di varcare la soglia del 'chairos', il tempo che ti dà l'occasione favorevole per accorgerti della vita. Non più il momento che passa, ma l'attimo presente che diventa eterno, la 'grazia' che ti viene incontro per suggerirti cosa veramente vale."
Ecco, a questo punto, più che delle conclusioni, o tanto meno delle ricette operative, vorremmo cercare di far emergere gli elementi preziosi che abbiamo scoperto sparsi in questa storia.
Vorremmo guardare al percorso fatto valorizzando non solo i risultati relativi alle vaccinazioni o ai tassi di mortalità ma anche il rapporto instaurato, il dialogo iniziato, la stima reciprocamente cresciuta: sono queste solo una parte delle infinite sfaccettature di un *diamante* in cui si rispecchia la realtà dei Rom. Sempre uguale a se stessa e sempre in movimento. Preziosa, inafferrabile nella sua interezza, ma sempre intuibile attraverso una delle sue luminose sfaccettature.
Sono questi oggi i punti luminosi che vediamo brillare sulla strada e da cui vorremmo ripartire per muovere i prossimi passi.

Politiche integrate e percorsi differenziati

Un primo punto emerso é la necessità di guardare alla realtà del popolo rom nella sua globalità, mantenendo l'orizzonte il più possibile aperto, libero, come é quello che ogni Zingaro vuole vedere sempe davanti a sé.
Come sottolineano anche altre analisi ed inchieste, é illusorio considerare isola-

tamente una parte della situazione, per esempio gli aspetti relativi alla salute, senza tener conto dell'insieme dei dati e dei parametri che la determinano. Un cambiamento si produce se vengono interessati in modo integrato i diversi aspetti della realtà: economico, educativo, culturale, lavorativo, religioso, giuridico, sociale, sanitario.
Questa visione ampia permette anche di cogliere le diverse tappe che si stanno vivendo dentro ad un contesto apparentemente omogeneo. All'interno di politiche sanitarie che si muovono dagli stessi presupposti i percorsi possono essere estremamente differenziati, come dimostra la varietà di risultati e di approcci presenti nella stessa città di Roma. Ogni processo ha dei tempi e delle dinamiche proprie, difficilmente standardizzabili.
Questo va tenuto presente non solo per le strutture, ma anche all'interno del popolo rom. Non riconoscere che esistono stadi diversi di interazione con la società gagé: da chi é laureato, ha un lavoro, una casa, a chi ne é escluso o se ne trova infinitamente lontano, può creare irrealistiche aspettive da parte dei servizi.

Lo Zingaro reale

Gli Zingari sono stati fino ad oggi inventati nelle rappresentazioni che ciascuno se ne fa. Non viene loro riconosciuta un'identità etnica, né tantomeno culturale o storica. La loro rappresentazione virtuale nell'immaginario é quella di un problema sociale, di un pericolo, di una minaccia. Chi ha avuto occasioni di dialogo, di incontro, di scambio?
E' urgente che gli Zingari siano riconosciuti nella loro originalità e nella loro ricchezza. Lavorare *insieme a loro* più che per loro é una reale possibilità di conoscenza e di incontro.

C'é un modo più creativo ed intelligente

Di fronte alle problematiche che si creano nell'incontro tra persone diverse la reazione più facile ed immediata é il rifiuto della diversità. Siamo più portati al livellamento e all'assimilazione "Tu impara da me", che alla stima vera dell'altro nella sua diversità. Al massimo possiamo arrivare alla tolleranza "Se rimani nel tuo spazio puoi fare quello che vuoi, basta che non invadi il mio territorio" che molto spesso si cela sotto comodi discorsi di integrazione fatti a tavolino.La via percorsa dagli Zingari ci é sembrata più creativa ed intelligente. Il popolo zingaro da secoli é riuscito a far proprio ciò che é sembrato migliore e più funzionale del patrimonio culturale dei popoli con cui é venuto a contatto, riuscendo tuttavia a non smarrire la sua identità etnico-culturale. Non é questo forse in definitiva il punto di incontro cui tutti noi aspiriamo per il mondo nuovo della coesistenza multiculturale?

Una risposta multiculturale

La nostra società non ha ancora pienamente accettato la propria trasformazione multiculturale valorizzando le diverse minoranze presenti all'interno di essa.

D'altra parte gli Zingari non sono ancora stati riconosciuti come minoranza. O sono stati ignorati o rifiutati o nella migliore delle ipotesi é stata loro offerta una protezione sociale.
Una risposta multiculturale richiede:
- il riconoscimento dell'esistenza e della pari validità dei bisogni e di valori diversi
- l'approfondimento della natura di essi
- la collaborazione reciproca per rispondere a tali bisogni in modo soddisfacente per tutti

Meno assistenza, più partecipazione

Le risposte fornite ai bisogni degli Zingari si sono finora mosse sul piano dell'assistenza o dell'aiuto tecnico finalizzato prevalentemente alla formazione professionale ed alla creazione di cooperative di lavoro.
Da una parte la protezione sociale può diventare un peso gravoso in quanto é subita e può indebolire i gruppi sociali e culturali. Là dove esiste un'azione sociale forte gli Zingari si lamentano della sua interferenza. Hanno l'impressione di essere messi sotto tutela, in contraddizione con le loro aspirazioni e stile di vita. Considerano gli aiuti sociali come degradanti, in quanto li mettono in una situazione di dipendenza.
D'altra parte i corsi di formazione professionale o le cooperative sono realisticamente realizzate per un numero ristretto di persone. Sono progetti selettivi e tendono a creare piccoli gruppi di privilegiati scatenando competitività, invidia, esclusione.
Gradatamente queste dinamiche si estendono ad altri ambiti della vita quotidiana intaccando profondamente il senso di solidarietà che ha retto, protetto e salvaguardato nel tempo il mondo zingaro.
Piuttosto si é visto che quando si chiede un parere alle famiglie interessate o meglio si promuove la loro partecipazione nell'elaborazione e nella realizzazione dei progetti, i costi sono meno elevati ed anche le realizzazioni sono più adatte, apprezzate e mantenute nel tempo.

La 'crisi' del cambiamento apre al dialogo

La preoccupazione per il futuro ed alcuni sintomi di disagio che spesso riscontriamo nelle visite al campo, probabilmente meno presenti in passato, ci fanno riconoscere anche all'interno della società zingara i segni della più ampia crisi che attraversa tutta la società contemporanea.
La capacità dimostrata dagli Zingari di attraversare la storia mantenendo tenacemente la propria identità e trasformando continuamente la propria cultura aiuta a guardare avanti con fiducia. Ma quale sarà il prezzo da pagare? Intravediamo in questo momento di profonda trasformazione una possibile chance di incontro, di dialogo, di confronto... per imparare reciprocamente.

Saper vivere il presente

Si é detto del diverso senso del tempo ('chairos' più che 'kronos') e della storia ('diamante' più che 'successione cronologica lineare') insiti nella cultura dei Rom.
Questa diverse concezioni molto spesso nell'incontro con loro ci 'spiazzano', e ancor più frequentemente, ci urtano. Tutto si gioca nel presente. Qui ed ora. Anche sul piano dei bisogni, anche nei servizi sanitari. La diagnosi, gli esami, la terapia, la guarigione.
Sappiamo d'altra parte che, dietro ciò che ci disturba, spesso si cela qualcosa che, magari inconsapevolmente, stiamo cercando. E se imparassimo, proprio dagli Zingari, la capacità e la lucidità di cogliere tutte le opportunità che l'oggi ci offre? Non recupereremmo forse anche la capacità di un incontro vero ed aperto con l'altro? Si potrebbe provare: magari alternando a momenti di kronos, spazi liberi per ricevere ciò che il chairos ci vuole regalare.

Proviamo ora a coniugare tutto in ambito sanitario

saluteZingara. Il titolo scelto per questo volume vuole enfatizzare l'indissolubilità tra la salute ed il contesto sociale e culturale che si vive. Non a caso qualche anno fa l'Organizzazione Mondiale della Sanità definì la salute non come semplice assenza di malattie ma anche come pieno benessere sociale e psicologico; definizione ambiziosa ed irrealizzabile e così qualche anno dopo si parlò di migliore equilibrio possibile in un particolare contesto economico e sociale (è evidente la preoccupazione di includere nei processi di salute anche popolazioni di paesi poveri). Ma quale equilibrio possibile in un Paese ricco, come l'Italia, se fasce di popolazione, come gli Zingari, sono di fatto escluse dalla possibilità di accedere e di fruire della sanità pubblica?
Perché c'è questa esclusione? E la responsabilità dobbiamo per forza ricercarla in chi questa esclusione subisce o nella nostra organizzazione sanitaria forse rigida e troppo burocratizzata che di fatto crea esclusione?
Ed ancora dobbiamo rassegnarci a considerare gli Zingari come irrecuperabili dal punto di vista di tutela della salute perché non collaborativi o difficili?
Non vogliamo fare delle conclusioni perché in realtà le esperienze e le riflessioni contenute in questo volume si propongono di avviare o di continuare un impegno a favore della promozione della salute per la popolazione zingara con un'ottica un pò diversa da quella che normalmente viviamo. È stato descrivere un metodo di lavoro o meglio più metodi che però hanno portato ad evidenziare alcuni punti fermi che potremmo schematicamente dividere in possibilità di accesso ai servizi e possibilità di fruizione dei servizi.
Accesso alle strutture sanitarie: presupposto indispensabile è considerare come agli Zingari non debba essere concesso un intervento assistenzialistico ma che essi a pieno titolo debbano usufruire del pieno diritto alla salute; le Aziende Sanitarie devono così non semplicemente 'tollerare' la presenza dei campi più o meno abusivi, più o meno a norma e/o fare una semplice azione di sorveglianza

igienico-sanitaria ma ci deve essere una reale *presa in carico* degli Zingari che dimorano nel loro territorio. Per fare questo devono uscire dalle proprie strutture e con mezzi e strategie adeguate devono raggiungere questa popolazione non con un'ottica di 'separazione' ma con l'obiettivo di una progressiva integrazione nel sistema sanitario con tutti i diritti ed i doveri che ne conseguono. Gli interventi sul campo, dove sono resi necessari o strategicamente utili, con l'utilizzo localmente di medici e/o anche con la collaborazione di organizzazioni non profit o del mondo del volontariato, possono essere ponte tra due sistemi ed organizzazioni di cura per favorirne l'incontro. A monte, la stessa gestione delle strutture, le pratiche amministrative e la burocrazia devono tenere conto di questa tipologia di utenti perché equità non significa trattare tutti allo stesso modo ma dare di più e con più attenzione a chi ha più bisogno. Sarebbe opportuno, in questa fase di riorganizzazione del SSN ma anche di massima apertura normativa nei confronti ad esempio degli stranieri, e quindi di una buona parte degli Zingari che vivono nei campi, pensare a dei sistemi informativi che tengano conto della specificità degli Zingari rispetto agli altri stranieri ed agli stessi italiani, e che ciò possa essere letto routinariamente nelle statistiche sanitarie. Ciò fornirebbe un grande patrimonio di conoscenza e permetterebbe l'individuazione di aree critiche per poter definire delle priorità assistenziali. Ma se tutto ciò è vero, potrebbe essere sforzo inutile se non ci si impegni sul versante dell'incontro, della relazione, della trasparenza dei servizi; sull'accompagnamento, sul rendere gli Zingari reali attori di un processo di salute che li veda co-protagonisti insieme ad alte forze.

Più genericamente possiamo dire che questo è il tema della ***fruibilità dei servizi***. Le persone si possono incontrare ma possono non comunicare, non entrare in relazione: e se questo non inficia la somministrazione di una dose di vaccino o una risposta al tine-test, probabilmente incide sui percorsi di salute che possono portare a modificare dei comportamenti che in modo evidente o no influenzano lo stato di salute di un singolo o di un gruppo, probabilmente più di aver fatto o meno una dose di vaccino.

E se dobbiamo per forza vaccinare, per forza dobbiamo saper e poter relazionarci. La capacità e le tecniche di relazione non possono essere lasciate alla disponibilità ed alla capacità di singoli operatori, ma è necessario passare attraverso una seria e attenta formazione specifica ed informazione precisa. Garantire l'accesso e la fruibilità delle prestazioni agli Zingari, ma ciò vale per tutte quelle fasce della popolazione che escono dagli standards abituali, significa attivarsi a comprendere o almeno a conoscere ambiti culturali diversi, una organizzazione sociale che non è la nostra, sistemi di cura che non riusciamo a leggere. A ciò consegue la necessità che in modo pluridisciplinare e con diverse istituzioni ed organizzazioni si collabori e si costruisca un *progetto salute* che vada oltre l'erogazione di prestazioni che spesso non vengono capite con la conseguenza che le relative prescrizioni non vengono seguite. Questi processi non possono prescindere della partecipazione degli Zingari nella gestione della loro

salute e nella definizione di priorità. In questo senso ha valore il lavoro di campo che, all'interno di una metodologia di medicina comunitaria, mira a superare gli ostacoli di comunicazione attraverso ad esempio, l'approccio casa per casa, famiglia per famiglia; la valorizzazione della donna come soggetto di cambio e non come soggetto debole; un attento lavoro in équipe.

Indicazioni queste già sperimentate in varie parti d'Italia e che spesso sono risultate con-vincenti. Certo è una elaborazione continua, un'aggiustamento tra mille difficoltà, un agire con tempi e spesso modi che non sono i nostri, è il volersi specchiare in un diamante e riscoprire mille volti, tanti problemi e tante occasioni. In questa elaborazione sempre di più si parla della formazione e dell'utilizzo di mediatori culturali Zingari in sanità, spesso connotando questa figura di un'aurea risolutiva ed investendola di ruoli e funzioni che invece sono propri di ogni operatore sanitario. Come ogni novità, bisogna sperimentarla e l'esperienza ci dirà se l'intuizione è giusta; riteniamo comunque utile in questa fase iniziale sottolineare come nell'ambiguità semantica della definizione di questa nuova figura professionale, si possono nascondere nostre aspettative e quelle degli stessi Zingari inadeguate ai percorsi di salute che vengono avviati: il mediatore è una cerniera tra due ambiti culturali o sociali? È un interprete o un facilitatore? Come si inserisce nel rapporto medico-paziente? Può essere un formatore o semplicemente colui che avvicina due realtà diverse? È visto o percepito dagli Zingari come una risorsa o un ostacolo, un inutile intermediario? È colui che sa i percorsi ed accompagna chi ha dei bisogni? .... Riteniamo sia utile porsi queste ed altre domande e condividere le esperienze e le risposte date.

Un ultimo accenno al ruolo delle strutture pubbliche e delle organizzazioni non governative (ONG). Sulle le prime, si potrebbe affermare, che c'è poco da dire, il tutto è stabilito da norme ma, aggiungiamo, anche da volontà e forse anche da coraggio a percorrere strade diverse di approccio alla finalità di tutela della salute della popolazione; nessuno può e deve sostituirsi ad esse ma è fondamentale una collaborazione con le ONG dove ciò è possibile per tradizione ed esperienza, che è essenzialmente una *coabitazione progettuale* . Con ruoli e funzioni diverse, ma con pari dignità, si condividono esperienze, risorse, competenze: non una collaborazione strumentale (da una parte o dall'altra) ma strategica.

E gli Zingari? Abbiamo sottolineato più volte il loro ruolo non di semplici spettatori o fruitori di prestazioni. La necessità di permettere il passaggio da un ruolo passivo ad uno attivo è difficile e si scontra spesso con nostri pregiudizi che li vedono ora vittime a tutti i costi e quindi da iper difendere da ogni 'intrusione', ora approfittatori da cui prendere sane distanze. In ogni caso l'atteggiamento prevalente anche tra gli operatori di organizzazioni che tanto si impegnano con gli Zingari, anche tra noi volontari, è quello di considerare lo Zingaro come soggetto debole, non libero nelle sue decisioni e quindi di proteggerlo o guidarlo. È difficile liberarsi da questo atteggiamento, ma solo quando la Rom o il Rom, la Sinta o il Sinto potranno essere protagonisti di scelte che escono dai confini dei loro campi, avremo avviato, anche in sanità, un reale processo di salute.

PARTE SESTA

APPENDICI

Caritas di Roma

Progetto Petulengro

Alla ricerca di una metodologia di lavoro che rispetti la sensibilità zingara nei confronti della vita e della generazione

Francesca Corona, Gianvincenzo Forte, Sr. Damiana Esposto, Giuliana Fracassi, Rita Leonori, M. Antonietta Licci, Bianca Maisano, Tiziana Notarantonio, Francesca Rocchi, Carlo Ruggeri

Qualcosa in più di un'idea di progetto

Nascere, crescere e continuare ad essere Zingari.
Come ogni progetto anche questo nasce da una domanda, e da risposte che non soddisfano e non lasciano continuare tranquilli e sicuri il proprio percorso. In realtà lavorando con gli Zingari si sperimentano infinite gamme di sentimenti e impulsi, esclusi quelli di sentirsi sicuri e tranquilli.
E' come se si venisse continuamente provocati, messi in discussione: o meglio *in movimento.*
E' come se la vera sfida fosse quella di sperimentare, almeno un po', la precarietà e la bellezza, la povertà e la libertà di chi é su strada, molto più attento al presente che ancorato nel passato o proiettato nel futuro.
La domanda inquietante che ci ha messi in movimento é proprio questa: *Come nascere, crescere e continuare ad essere Zingari?*
Una domanda che ci viene posta continuamente dagli Zingari che incontriamo. Espressa in modi e linguaggi diversi a seconda dell'età, della storia, del problema che sembra essere in quel dato momento emergente.
E stato così che, giorno dopo giorno, é diventata anche la nostra domanda, la nostra ricerca, il nostro progetto.
Ci é sembrato limitato, davanti ad un interrogativo tanto esigente e profondo, il consueto approccio 'esploratore' che, dopo un'analisi, sempre soggettiva ed isoculturale, trova le soluzioni ai problemi.
Tanto meno basarsi su descrizioni, esterne, parziali, che non riescono mai ad abbracciare le infinite sfaccettature di tante diversità.
D'altra parte sapevamo che é impresa ardua e complessa, anche per gli addetti ai lavori, identificare con una certa precisione gli elementi che caratterizzano culturalmente il popolo zingaro; più propriamente, gli antropologi preferiscono parlare di mosaico-caleidoscopio di culture.
E allora da dove partire?

L'utopia trainante

La nostra intuizione, non certo originale, é stata quella di partire *prima di tutto dalle persone.*

Non quelle persone immaginarie, un pò folkloristiche, che escono dai libri, ma le persone concrete che conosciamo, che incontriamo tutti i giorni: Vesselka, Messicana, Monica.

Non fare qualcosa per loro, su di loro, ma *con loro*, in modo che i soggetti del progetto, *noi* e *loro*, potessero trasformarsi in un *'insieme".*

Utopia? Forse.

Ma l'utopia; l'ideale, non é una proiezione senza significato ma qualcosa che attrae perché ci sta davanti: qualcosa di trainante, anche se non viene realizzata completamente.

Non ci é stato difficile pensare che per il tema in gioco valesse la pena di correre il rischio dell'utopia.

E' così che ci siamo lasciati *'trainare'* nell'avventura di questo progetto.

Subito abbiamo iniziato ad accorgerci che l'osservazione e soprattutto la partecipazione a momenti ed esperienze elementari ed universali come quello del nascere, del crescere e del morire, offrono con più evidenza strumenti interpretativi per cogliere o almeno intuire i temi e le sensibilità di fondo, che caratterizzano irrinunciabilmente questa cultura o meglio questa 'appartenenza', che circoscrive culturalmente il popolo rom.

Ed é così che ci siamo imbattuti nel....*Petulengro!*

Petulengro

(Il maniscalco zingaro)

Tanto e tanto tempo fa viveva un grande re. E questo gran re ordinò che si costruisse per lui un grande palazzo. Ogni cosa doveva essere assolutamente la migliore tra le migliori e gli uomini che ci lavoravano dovevano essere i più abili che si potessero trovare.

E ci volle moltissimo tempo per costruire questo grande palazzo, perché era così grande e perché doveva essere così bello, ma alla fine venne il giorno che fu finito. E il gran re chiamò a raccolta tutti gli uomini che avevano lavorato alla costruzione e ci fu un gran mangiare e un gran bere. Un gran banchetto come si dice.

Insomma, tutti vennero al gran banchetto e c'era tantissima roba buona da mangiare, piatti e posate d'oro e nelle coppe d'oro c'era da bere forte. E tutti si sedettero e mangiarono per un bel pò di tempo. Quando tutti furono pieni da non poter mangiare né bere nient'altro, cominciarono a discutere su chi fosse il migliore di tutti.

Per primo si mise a parlare chi aveva dato la forma giusta e tutto il resto per costruire anche la più piccola parte del palazzo ."Senza

di me" diceva " non ci sarebbe nessun palazzo per cui mi considero il migliore di tutti."
Poi parlò quello che aveva posato tutti i mattoni e aveva costruito i muri. "Senza di me" diceva " nessuno avrebbe costruito i muri. E senza muri non ci sarebbe stato nessun palazzo. Perciò mi considero il migliore di tutti."
Dopo di lui parlò il falegname, quello che aveva fabbricato le porte e tutte le altre parti in legno. "Senza di me" disse "non ci sarebbero né porte né mobili. E senza queste cose non ci sarebbe nessun palazzo. "
Parlò poi l'uomo che aveva messo i vetri alle finestre. "Senza di me non ci sarebbero le finestre. Ho messo i vetri a mille finestre altrimenti il vento e la pioggia sarebbero entrati dentro. Senza finestre, insomma, non ci sarebbe nessun palazzo." Ecco cosa disse.
Uno dopo l'altro tutti si alzarono e raccontarono le diverse cose che avevano fatto concludendo ognuno che, senza le cose che aveva fatto lui, non ci sarebbe stato nessun palazzo.
Per tutto il tempo il gran re era rimasto seduto senza dir nulla. Aveva però ascoltato tutto attentamente. Alla fine, d'un tratto, notarono un uomo scuro che se ne stava discosto da tutti gli altri, appena dentro la porta.
"Entra e dicci chi saresti" gli disse il gran re.
L'uomo scuro avanzò nella grande sala. "Io sono il maniscalco", disse a voce molto alta cosicché tutti potessero sentirlo molto bene. E tutti notarono che la sua faccia era nera per essere stato vicino alla fornace e che aveva ancora indosso il grembiule di pelle, come se fosse appena arrivato dal lavoro.
Allora uno o due di loro (erano tutti vestiti bene e guardavano il petulengro dall'alto in basso, sissignore, dall'alto in basso) si dissero: "Con che diritto quest'uomo si presenta qui? Non ha fatto niente per costruire il grande palazzo del gran re".
Così alla fine il gran re si rivolge al maniscalco e gli dice: "Rispondimi dunque. Con che diritto sei venuto qui? Puoi dirmi in che cosa hai contribuito a costruire questo gran palazzo?"
Allora il maniscalco sorrise, alzò la voce per farsi sentire e disse: "Abbiamo ascoltato il finestraio, abbiamo ascoltato il falegname, abbiamo ascoltato il muratore e tutti gli altri che hanno affermato di essere i migliori ed i più importanti. Ma io dico che nessuno di loro avrebbe potuto far nulla senza i loro strumenti ed i loro utensili. E chi ha fabbricato quegli utensili?"
L'uomo si fermò per guardarsi intorno mentre tutti gli altri pensavano a ciò che aveva detto. Dopo di che, parlò ancora: "Certo" disse" é proprio così. Nessuno avrebbe potuto far niente senza i

suoi strumenti. E chi glieli ha fabbricati? Caspita, sono stato io il petulengro, il maniscalco. E ora" concluse alzandosi bene in tutta la sua altezza, "e ora chiederò al gran re in persona di dirci chi crede che sia l'uomo più importante di tutti".
E allora il gran re si alzò e disse: "Avete ascoltato tutti ciò che ci ha detto il maniscalco. Ed é una grande verità che nessuno di voi avrebbe potuto fare il suo lavoro senza gli utensili che gli ha forgiato il maniscalco. Perciò "concluse il re " io dico che il maniscalco é assolutamente l'uomo più importante di tutti".
Il re fece spazio alla sua destra per il maniscalco e l'uomo più importante di tutti vi si sedette, con i suoi brutti abiti da lavoro, il suo grembiule e la sua faccia nera di fornace. E il gran re gli diede da mangiare con le sue stesse mani e da bere nella sua coppa d'oro.

FORGIARE GLI STUMENTI
Ecco il primo regalo ricevuto dall'utopia: capire che non avremmo dovuto cercare di realizzare una parte del 'palazzo' con l'illusione magari di essere un tassello, certamente goffo, di quel famoso mosaico-caleidoscopio che é la cultura zingara; ma piuttosto cercare di *forgiare insieme gli strumenti* perché ogni parte potesse esprimersi nella sua originalità ed in armonia con il tutto.
Per non dimenticarci mai che questa é la finalità più importante del progetto abbiamo deciso di chiamarlo proprio così: *Progetto Petulengro.*

METTERSI IN GIOCO
Con notevole intuito, i volontari succedutisi in questi anni nei diversi campi-sosta di Roma, fin dall'inizio hanno cercato di essere presenti, sempre con grande discrezione, nei momenti fondamentali del nascere e del morire al campo, offrendo in modo semplice vicinanza e partecipazione.
Questo atteggiamento profondamente umano e nato spontaneamente, si é in seguito trasformato in una precisa scelta metodologica non solo per il lavoro di campo, ma anche per quello di ricerca e di riflessione. Un approccio che coinvolge e mette in gioco non solo professionalmente, ma con tutto se stessi. Comporta tempi lunghi, continuità, ed una notevole capacità di relativizzare i propri riferimenti culturali tentando di guardare realtà conosciute da angolazioni totalmente inesplorate.
Chi ha accettato questi 'fattori di rischio' si é trovato coinvolto nell'affascinante avventura dell'incontro con l'altro, che gli ha permesso in alcuni casi di instaurare rapporti interpersonali profondi, dove non difficilmente ha luogo un reciproco travaso di interiorità.
I volontari che sono entrati, ormai da anni, in questa esperienza, conservano in silenzio, quasi gelosamente, questo *tesoro* ma la loro penetrazione nella vita delle famiglie rom é un prezioso aiuto per leggere con maggiore profondità e criticità alcuni indicatori o segnali di non immediata interpretazione.

Dall'ascolto... piccoli passi compiuti insieme "col tempo che ci vuole"
Il progetto nasce dunque innanzi tutto dall'osservazione e dalla sensibilità di alcuni volontari che da anni operano all'interno dei campi zingari.
Soprattutto quando ci si pone in dialogo con culture diverse dalla propria l'espressione di alcuni bisogni e la richiesta di determinate risposte immediate, estranee al costume, deve far nascere il *sospetto* di altre domande inespresse e non formalizzate alle quali soprattutto saper rivolgere attenzione.
L'incapacità da parte nostra di intuire le vere domande farà involvere il nostro rapporto nella frequente dinamica strumentale della richiesta-pretesa/risposta-al-bisogno, apparentemente gratificante e certamente più comoda, ma che in realtà ci allontanerà dall'altro facendoci ricadere nella logica assistenziale che volevamo evitare.
Attraverso l'ascolto attento e prolungato nei luoghi del nascere del crescere e del morire - dove con più evidenza si alzano domande relative a modi, riti, norme e significati sull'insieme della vita - la popolazione Rom più che esprimere dei bisogni sembra chiederci di saper riconoscere e valorizzare la sua specificità e di riconsegnarle spazio e dignità all'interno della città e della società sempre meno attenta all'identità e alla stessa esistenza delle minoranze.

Promotori del progetto abbiamo voluto dunque che fossero, insieme ai volontari, gli Zingari stessi, in un tentativo di dialogo e di interazione che, svincolato dalla preoccupazione di raggiungere dati e risultati in tempi prefissati, valorizza invece i *"piccoli passi compiuti insieme col tempo che ci vuole"*.
Il progetto vuole insomma, il più possibile lasciarsi 'influenzare' nei tempi, nelle metodologie e nelle finalità dal pensare e dall'agire zingaro; a partire dall'impostazione stessa che, per tale motivo, si dovrà mantenere flessibile e 'porosa' nei confronti degli apporti che via via proverranno.
Nella consapevolezza di muoverci in una realtà culturale da noi non ancora pienamente conosciuta e da sempre soggetta a trasformazioni, ci lasciamo guidare dagli Zingari stessi che più di chiunque altro saranno in grado di individuare gli strumenti utili per il lavoro di questo progetto nel rispetto della sensibilità zingara nei confronti della vita e della generazione nella perpetuazione dinamica e sempre in trasformazione della propria identità.

Le domande che delimitano l'ambito del progetto

La prima osservazione da cui i volontari si sono mossi é che negli ultimi anni si é fatto più frequente anche tra le donne rom il *ricorso all'aborto*:
- come strumento di 'prevenzione' per la paura di avere un figlio 'non normale';
- per le più giovani, come strumento di 'regolazione' delle nascite di fronte al modello prevalente nella cultura 'non-Zingara' che contempla uno o al massimo due figli;
- nel caso di cesareo pregresso, come auto-tutela nei confronti del rischio da ripetuto parto cesareo.

Mai la motivazione addotta é stata economica o legata alla difficoltà di dover crescere e mantenere altri figli.
Sembra che la vita non sia mai negata per se stessa, ma piuttosto per paura. La paura soprattutto di non essere in grado di assicurare al prossimo figlio le cure adeguate, di non sapere a chi rivolgersi nel caso le cose non andassero bene.
Come capita frequentemente quando si entra nell'ambito specifico della salute zingara anche nel nostro caso non sono disponibili dati utili alla quantificazione delle osservazioni.
Inoltre, poiché a volte nemmeno il partner é al corrente (o si comporta come se non lo fosse) della pratica attuata dalla donna all'insaputa del marito, l'argomento é avvolto dal massimo riserbo ed é solo da un dialogo strettamente confidenziale con il volontario (o meglio la volontaria) che il dato può essere rilevato.
Un'altra osservazione, frequente soprattutto fra le giovani, é la *richiesta di anticoncezionali.*
Una interpretazione letterale della richiesta ed una risposta negativa da parte dei volontari non solo non coglie più profondamente la domanda, ma rischia di aggravare la situazione, inducendo la giovane a rivolgersi altrove e, in questo caso, con molta probabilità, non troverà accoglienza e stima. Non ricevere risposte significherà rimanere ancora di più sola, con la sensazione frustrante di non essere capita da nessuno. D'altra parte rivolgersi al Consultorio (come alcune donne stanno iniziando a fare), dove la richiesta materiale di anticoncezionali può venir soddisfatta, o ai consigli delle amiche più grandi o più 'esperte', senza strumenti conoscitivi riguardanti la propria fisiologia e sessualità, a che danni può portare a breve ed a lungo termine?
Ed é effettivamente quella di 'essere aiutate a non avere figli' la vera richiesta di queste giovani?
O non può essere invece interpretata come un segno di sconfitta della cultura zingara della vita e dei figli?
Il messaggio implicito e forse inconscio potrebbe essere: "Se prendo la pillola come te, se avrò anch'io due figli come te, diventerò come te".
A prezzo però della perdita di uno dei valori fondamentali della propria cultura e, a lungo termine, della stessa sopravvivenza del proprio popolo come minoranza.
E, spingendo ancor più in fondo ed in forma quasi paradossale la domanda, é dunque davvero una *domanda di eutanasia di un popolo* quella alla quale ci troviamo davanti?
E chi si fa carico delle nuove paure, del senso continuo di inadeguatezza che la stessa società tecnologica continua a generare?
Porsi questi interrogativi significa provare a considerare il senso della vita, dei figli, della famiglia, presenti nella cultura della società del nostro tempo non necessariamente come un 'modello' da trasferire ad altre culture, ma semplicemente come una delle possibili (e discutibili) dinamiche di adattamento del nostro comportamento ai cambiamenti in atto nella società e nei suoi punti di riferimento.

In questa direzione la scoperta e la valorizzazione di una cultura della vita molto profonda e radicata propria della società zingara potrebbe invece metterci opportunamente *in crisi* rispetto alle nostre scelte cambiando di conseguenza, radicalmente l'ottica del nostro intervento.

Il gruppo Petulengro: si chiariscono finalità ed obiettivi del progetto

Date queste premesse, si sono verificati quasi necessariamente i presupposti per la creazione di uno spazio di confronto (un gruppo di lavoro) che fosse in grado di verificare e sistematizzare le osservazioni da cui si é partiti, di elaborare strumenti idonei, di formulare una proposta di intervento che non solo portasse alla luce e valorizzasse gli elementi propri della cultura zingara, ma coinvolgesse gli Zingari stessi favorendone un ruolo attivo.
Il gruppo di lavoro Petulengro, formato da alcuni volontari con diverse qualifiche (4 medici, 1 infermiera, 1 assistente sanitaria, 1 volonataria particolarmente amica di alcune donne del campo), che da alcuni anni seguono le attività di promozione della salute nel Campo di Via Cesare Lombroso, si é dato la seguente finalità:
Valorizzando i valori fondamentali e la sensibilità per la vita ed i figli presenti nella cultura zingara, mettere a disposizione delle coppie zingare strumenti conoscitivi utili per attuare scelte responsabili nell'ambito della tutela della maternità
Da questa finalità sono derivati i seguenti obiettivi generali e specifici:

Obiettivi generali
A. Verifica delle osservazioni preliminari e raccolta dati.
B. Sistematizzazione dati ed elaborazione strumenti idonei alla cultura zingara
C. Formulazione ed attivazione di una proposta di intervento

Obiettivi specifici
A. Verifica delle osservazioni preliminari e raccolta dati.
A 1 Ascolto per cogliere nella cultura rom le radici profonde della sensibilità per la vita e del senso della morte (nascite, funerali, celebrazioni e loro significato, etc.).
A 2 Ascolto per cogliere il valore attribuito dalla cultura rom al corpo ed in particolare al corpo della madre durante la gravidanza.
A 3 Ascolto per cogliere il valore attribuito dalla cultura rom alla nascita e crescita di un figlio.

B. Sistematizzazione dati ed elaborazione strumenti idonei alla cultura zingara
B 1 Sistematizzazione delle osservazioni raccolte affinché servano da lineebase per la preparazione di strumenti idonei ed efficaci all'interno della cultura zingara.
B 2 Elaborazione di strumenti idonei ed efficaci

B 3 Sperimentazione pilota degli strumenti elaborati nel campo di Via Cesare Lombroso.

C. Formulazione ed attivazione di una proposta di intervento

C 1 Formulazione di una proposta di intervento da attuare possibilmente nei cinque campi seguiti dalla Caritas.

Gli ulteriori obiettivi specifici dell'intervento (C) potranno essere definiti solo dopo la realizzazione di A e B.

Note metodologiche

Obiettivo A

Lo strumento utilizzato per questo obiettivo é l'intervista informale non strutturata da utilizzare nel corso del lavoro al campo, e l'osservazione diretta.

Fondamentale é l'atteggiamento di ascolto informale ed attento per arrivare a cogliere i valori profondi della cultura rom.

Qual é il senso di un vita vissuta in queste condizioni? (sacrificio, precarietà, disagi, rifiuto, emarginazione, disprezzo). Come viene vissuta profondamente la gravidanza? Quali sono i valori più importanti da trasmettere ai figli? Come vengono trasmessi? Nel gruppo si valuterà inoltre se può essere utile ed opportuno raccogliere dati relativi alle IVG eseguite da donne rom presso i principali ospedali ai quali gli Zingari fanno riferimento. Questi dati, tuttavia, una volta ottenuti, non dovranno essere pubblicati per garantire alle donne interessate il rispetto della riservatezza.

Obiettivo B

Utilizzando materiale già disponibile, si elaboreranno sussidi semplici, ricchi di immagini, che tengano il più possibile in considerazione la scansione del tempo utilizzata dagli Zingari.

Per quanto riguarda il metodo di applicazione di questi strumenti, si considera più praticabile ed efficace il rapporto personale non programmato o con piccoli gruppi spontanei utilizzando l'occasione di una qualsiasi richiesta da parte della donna zingara o di un gruppo di donne, inerente al tema.

Si é discusso anche sulla possibilità di un intervento analogo rivolto ai giovani maschi, da parte di operatori uomini, in modo tale da stimolare e facilitare il dialogo sul tema all'interno della coppia giovane.

Questo approccio potrà essere ulteriormente sviluppato nei successivi incontri del gruppo *Petulengro.*

Obiettivo C

Una proposta di progetto potrà essere più facilmente stesa dal gruppo al termine delle fasi A e B, con il coinvolgimento diretto degli Zingari e stimolando la partecipazione di altri gruppi ed in particolare delle strutture sanitarie presenti nel territorio adiacente il campo.

Medici Senza Frontiere

Il progetto Nomadi

Rapporto ottobre 1996 – ottobre 1998

a cura dell'équipe MSF

Medici Senza Frontiere

Medici Senza Frontiere (MSF) è un'Associazione privata internazionale senza scopo di lucro il cui fine è di fornire assistenza sanitaria di base alle popolazioni che si trovino in condizione di pericolo e di esclusione. Articolata in 19 *sezioni nazionali* e con più di 1.200.000 aderenti, l'associazione opera tramite 6 *centri operativi internazionali*, che inviano in media ogni anno sul terreno oltre 2.000 volontari in 70 Paesi del mondo.
MSF è nata nel 1971 specializzandosi negli interventi sanitari in situazioni di emergenza, prevalentemente a favore dei profughi, delle vittime di conflitti armati e di calamità naturali. Più recentemente, progetti a lungo termine di tipo strutturale costituiscono una parte percentualmente importante delle attività di MSF. Tra di essi rientrano quelli in favore degli emarginati e degli esclusi nelle società occidentali (immigrati, senza tetto, tossicodipendenti, malati di aids etc.), che l'Associazione sta portando avanti in vari Paesi europei.
La *sezione italiana* di MSF da settembre 1996 ha iniziato a Roma un progetto in favore dei nomadi. Esso è coordinato, supervisionato e finanziato dal centro operativo di Bruxelles.

Progetto Nomadi

L'intervento di MSF nei campi nomadi di Roma è iniziato dopo uno studio della situazione e della fattibilità condotto nell'estate 1996. Il personale della sezione italiana prese a suo tempo contatti con le autorità comunali (Ufficio Speciale Immigrazione) e con le altre organizzazioni di volontariato già operanti (Caritas, Opera Nomadi, Comunità di San Egidio, Arci), per individuare necessità e richieste.
Una missione esploratrice fu inviata dal centro operativo di Bruxelles per analizzare le risorse necessarie e le possibilità di intervento. Ne risultò che il campo 'Casilino 700', oltre ad essere il più numeroso (circa 1.000 persone, il 20% dei nomadi censiti) ed a non usufruire di nessun intervento a carattere igienico-sanitario, era quello che presentava il maggior stato di degrado delle condizioni socio-ambientali e che quindi richiedeva un intervento prioritario rispetto agli altri insediamenti.
In particolare, in questo campo la situazione è caratterizzata da un sistema abita-

tivo inadeguato (il 30% dei nuclei familiari vive in roulottes, il restante in baracche), dall'assenza di un sistema di raccolta di rifiuti col conseguente accumulo in stretta prossimità delle abitazioni, dalla mancanza di una rete idrica, di servizi igienici e di fognature, di strade e di sistemi di drenaggio delle acque con conseguente allagamento del campo nei giorni di pioggia, dalla presenza di un gran numero di ratti.
Dal punto di vista strettamente sanitario, oltre all'assenza di qualsiasi attività e struttura nel campo, è stata riscontrata pressoché inesistente la copertura vaccinale tra i bambini sotto i 5 anni.

Obiettivi
MSF ha deciso pertanto di intervenire in questo contesto di emarginazione con un suo progetto che ha questi *obiettivi generali :*
- migliorare le condizioni di vita della popolazione nomade, attraverso azioni mediche, logistiche e di igiene ambientale;
- coinvolgere le autorità civili e sanitarie nell'assistenza a questa popolazione emarginata;
- coinvolgere questa comunità nella gestione dei propri problemi.

Sono stati individuati i seguenti *obiettivi specifici*:
- costituzione di un servizio di medicina curativa e preventiva, da realizzarsi con frequenza trisettimanale mediante l'uso di ambulanza attrezzata;
- presa in carico dei problemi individuali medici e sociali tramite l'individuazione dei casi e la collaborazione con le strutture sociali e sanitarie pubbliche (Az. USL) e private (ONG) per la loro soluzione;
- formazione e successiva selezione di operatori socio-sanitari Rom (*Agenti di Salute Comunitaria* - ASC) che possano fare da tramite tra la propria comunità e l'équipe del progetto MSF, nella comune individuazione e rimozione dei blocchi (burocratici e ambientali) all'accesso per le strutture sanitarie;
- collaborazione con l'Az. USL, nell'organizzare le vaccinazioni e nell'assicurare l'accesso regolare al Servizio Materno Infantile dei bambini e delle donne incinte nomadi;
- collaborazione con le autorità civili nell'attuazione di interventi logistici e di igiene ambientale;
- coinvolgimento della popolazione nel mantenimento dell'igiene personale ed ambientale, attraverso l'educazione sanitaria e la sensibilizzazione sociale;
- costituzione di un sistema di raccolta di dati demografici ed epidemiologici;
- valutazione dei bisogni di altri soggetti colpiti da esclusione in un contesto urbano a Roma, e della fattibilità di interventi medici e logistici di MSF in questi ambiti.

Risorse Impiegate
Il progetto è in parte finanziato con fondi propri di MSF (£. 99.000.000 per il 1998), in parte dall'XI Dipartimento del Comune di Roma (£.

38.000.000/annui, per 3 anni), con cui MSF ha stipulato un'apposita convenzione.
La sezione italiana di MSF fornisce, oltre all'ufficio, il personale impiegato, retribuito secondo i parametri di un'attività di volontariato, che consiste in un coordinatore, un responsabile medico, due infermiere e un esperto di problemi dell'immigrazione, tutti impegnati nella formazione degli ASC di una comunità non alfabetizzata al 97%, pionieri in Italia dell'*Health Access Working*, già largamente in uso in altri paesi.
Inoltre il personale volontario benevolo - medici generalisti e specialisti, infermieri, logisti dà un contributo prezioso ad implementare le attività del progetto.
Il centro operativo MSF di Bruxelles, oltre a fornire il supporto finanziario, assicura la supervisione delle attività svolte e la coerenza di queste con gli obiettivi del progetto, grazie alla *formazione continua* nell'ambito delle iniziative comuni con altre unità operative impegnate su questi temi in contesti differenti.
L'Ufficio Speciale Immigrazione del Comune di Roma ha fornito una roulotte utilizzata come ambulatorio. Un camper attrezzato ad autoambulanza è stato messo a disposizione da MSF.
L'Az. USL Roma B, competente per territorio, ha messo a disposizione personale medico ed infermieristico ed il materiale necessario per le vaccinazioni.
Le comunità residenti nel campo, da parte loro, grazie ad un lungo e complesso lavoro di mediazione, hanno espresso una ventina di giovani ASC che collaborano allo svolgimento delle attività del progetto

Attività svolte da ottobre 1996 a ottobre 1998
Come è stato detto fino ad ora le attività si sono concentrate nel Campo 'Casilino 700'.
Le attività di tirocinio degli ASC stanno coinvolgendo ONG e istituzioni in attività formative e di coordinamento operativo dei servizi rivolti ai soggetti di esclusione in un contesto urbano: accesso alla salute per altri profughi e stranieri, senza fissa dimora, tossicodipendenti, ...

ATTIVITÀ MEDICHE
Attività già realizzate o in corso di realizzazione: MSF ha attivato un servizio di consultazioni mediche ambulatoriali all'interno del campo nomadi. Dette consultazioni, che si svolgono con frequenza trisettimanale, sono assicurate da medici aiutati sempre da infermieri/e e dagli ASC. A seguito delle visite mediche vengono rilasciate prescrizioni in base alle recenti normative in fatto di immigrazione. Le medicine prescritte fanno tutte parte della lista dei farmaci essenziali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le consultazioni e le relative diagnosi vengono registrate, al fine dell'analisi statistica e della sorveglianza epidemiologica. In questo periodo sono state effettuate 2480 consultazioni, il 37% in bambini da 0 a 5 anni.
Nell'ambito delle patologie diagnosticate, la maggiore incidenza è rappresentata

dalle infezioni acute delle vie respiratorie (47%), seguite da patologie croniche osteo - articolari (16%), infezioni cutanee (10%), patologie odontoiatriche (6%). I farmaci maggiormente utilizzati sono stati gli antiinfiammatori non steroidei (43%), seguiti dagli antibiotici (25%). L'équipe di MSF dal 20 maggio 1997 assicura la presenza giornaliera nel campo, al fine di poter meglio raggiungere gli obiettivi specifici del progetto. I pazienti che necessitano di indagini e cure mediche specialistiche di secondo livello vengono indirizzati ai centri AUSL. Al fine di favorire l'accesso a queste strutture e al Servizio Sanitario Nazionale, il personale MSF si fa carico sia delle pratiche burocratiche per gli appuntamenti che dell'accompagnamento dei pazienti per garantire il flusso reciproco delle informazioni cliniche. Contestualmente si cerca di inserire gli ASC nei punti di snodo dell'erogazione dei servizi socio-sanitari, al fine di abbassarne la soglia di accesso per il gruppo-bersaglio.
Attività previste da realizzare:
- estensione dell'attività curativa ad altri gruppi soggetti di esclusione;
- iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la procedura STP, di tutta la popolazione bersaglio.

ATTIVITÀ PREVENTIVE
Attività già realizzate o in corso di realizzazione: MSF ha partecipato alla campagna straordinaria di vaccinazioni (tetano, poliomelite, difterite, epatite B) che la AUSL Roma B ha effettuando con l'invio di un'équipe mobile nel campo. Non potendosi limitare a questo, l'équipe MSF effettua un'opera di sensibilizzazione e di informazione nei giorni che precedono le sedute, e specializza gli ASC anche in questa direzione.
Attività previste da realizzare: dopo il completamento della seconda dose tramite la venuta dell'équipe nel campo, il personale MSF sta assicurando il completamento della copertura vaccinale grazie a monitoraggi effettuati con gli ASC e alla somministrazione della terza dose indirizzando la popolazione al Servizio Materno Infantile della AUSL.
È prevista altresì l'esportazione di questa esperienza in altri soggetti di esclusione.

FORMAZIONE E SELEZIONE DEL PERSONALE LOCALE
Attività già realizzate o in corso di realizzazione: l'équipe MSF ha curato il modulo formativo riguardante la parte sanitaria del corso di operatori socio-culturali Rom organizzato dall'Opera Nomadi, partecipa alla formazione in collaborazione con diverse realtà operanti nel settore della mediazione culturale e aggiorna anche gli stessi funzionari pubblici sulle normative di applicazione riguardanti i gruppi bersaglio, al fine di procurare inclusione sociale.
Materiale di riferimento è stato distribuito agli allievi e alle persone interessate.
Da giugno 1998, il corso di *Agenti di Salute Comunitaria* sottrae giovani Rom alla devianza e li coinvolge in attività di intervento socio-sanitario a favore delle

loro famiglie presenti nel campo, sostenendoli culturalmente, economicamente e politicamente nella loro lenta ma irreversibile preparazione.
Dopo le prime otto settimane di preparazione teorica tendenti ad evidenziare e colmare le difficoltà derivanti dal plurilinguismo non alfabetizzato, le lezioni sono state intervallate da stages di progressivo coinvolgimento nella società dei gagè, attraverso le realtà presenti nel territorio che più agevolmente potessero creare professionalità spendibili per questi nostrani Health Access Workers.
Durante la realizzazione di questi stages, è stata avviata una collaborazione con l'associazione Casa dei Diritti Sociali (CDS) che ha permesso ai giovani Rom di cimentarsi con le operazioni di normale conduzione di uno sportello a bassa soglia di direzionamento degli immigrati con questa ONG locale, specializzata nell'approccio multietnico e multidisciplinare alla mediazione culturale ed istituzionale.
Gli ASC sono impegnati attualmente a collaborare anche con lo studio legale della CDS in qualità di facilitatori, al fine anche di regolarizzare le proprie comunità utilizzando le possibilità offerte dalla Legge 40/98, e da accordi tra l'équipe e le autorità locali.
Partecipano ad attività di accoglienza con grandissimo entusiasmo e crescente competenza.
Da quelle strutture gli ASC operano attualmente in network con diverse realtà presenti sul territorio, rivolte a loro ma ad alta soglia di ingresso: servizi sanitari e sociali, Consiglio Italiano per i Rifugiati, Istituto Ospedaliero Dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano, Italian Consortium of Solidarity, gruppi giovanili e realtà di base etc.
Ci troviamo ormai a far parte di una lobby di realtà interessate ad ospitare i tirocinanti, che mette al proprio centro gli ASC come risorsa condivisibile con il resto della società civile, e prevediamo che alcune delle strutture summenzionate continueranno ad investire su questi interpreti-facilitatori in via di alfabetizzazione.
Attività previste da realizzare: altri agenti di salute comunitaria devono essere ancora individuati e formati tra la popolazione Rom che possano costituire punti di riferimento per il nostro personale e per la popolazione. Essi dovranno, in prospettiva, farsi carico della continuazione delle attività del progetto nell'ottica suesposta.

INTERVENTI LOGISTICI
Interventi già realizzati o in corso di realizzazione: MSF ha installato nel campo 5 cisterne d'acqua potabile, con annesso sistema di tubature e di distribuzione, per una capacità totale di 20.000 litri. L'Assessorato alle Politiche Sociali e l'Ufficio Speciale Immigrazione del Comune di Roma assicurano il loro riempimento giornaliero.
MSF ha scavato nel campo circa 70 fosse settiche, della capacità di 2 m^3, la cui utilizzazione teorica è di un anno. La popolazione ha completato l'opera

costruendo la base e le pareti delle latrine.
MSF ha spianato le piste percorribili del campo, che erano divenute impraticabili a causa delle piogge.
Tutti questi interventi sono stati realizzati impiegando esclusivamente fondi propri di MSF.
L'Assessorato alle Politiche Sociali e l'Ufficio Speciale Immigrazione del Comune di Roma hanno migliorato l'opera tramite la deposizione di materiale adeguato sulle piste percorribili.
MSF ha concordato con l'Assessorato alle Politiche Sociali e con l'Ufficio Speciale Immigrazione del Comune di Roma l'impegno da parte di queste pubbliche autorità ad una rimozione straordinaria dei rifiuti solidi. Da parte sua MSF si è impegnata a far opera di educazione e sensibilizzazione appena attivato regolarmente il servizio municipale di nettezza urbana.
Interventi previsti da realizzare: interventi logistici in altri contesti saranno effettuati ove risultino necessari e fattibili.

Bilanci e prospettive

Analizzando le attività svolte in questo primo periodo, possiamo dire che gli obiettivi del progetto sono in massima parte in corso di attuazione; il loro completo raggiungimento richiede ancora molto impegno, ma MSF ha mostrato la capacità di operare in un contesto oggettivamente difficile, date le condizioni di degrado sociale ed ambientale in cui la popolazione bersaglio si trova a vivere e le dinamiche di emarginazione e di esclusione presenti nella società.
L'intervento di MSF , oltre ai risultati derivanti direttamente dalle attività svolte, è stato rilevante nel determinare una maggiore implicazione delle Autorità pubbliche , amministrative e sanitarie, nella presa in carico di questa popolazione.

Azienda USL Roma A

Proposta di progetto dell'Azienda USL Roma A

con le popolazioni zingare residenti nel territorio di competenza ed afferenti ai servizi sanitari

a cura del gruppo di Lavoro "Tutela della Salute degli Immigrati".
Filippo Gnolfo, Giuseppina Tanzi, Anna Volterrani, Fulvia Motta

Premessa

Nel territorio della AUSL Roma A ci sono quattro insediamenti di popolazione zingara, più precisamente dai dati ufficiali dell'USI - Comune di Roma, del 1997, si ricava che sono circa 450 i Rom presenti, di cui il 34,7% minori.

Presenze Rom nel territorio della Azienda USL Roma A

	Località	*Etnia*	*Nazional.*	*Presenze*	*Minori*	*Totale*
I Circ.	Ex-Mattatoio	Rom Kalderasha	Italiani	116	50	166
II Circ.	Flaminio	Rom Napoletani	Italiani	9	7	16
II Circ.	Olimpica	Rom Kanijarija	Serbi-Maced.	126	74	200
IV Circ.	Monte Amiata	Rom Korakhane	Bosnia	48	28	76
			Totale	299	159	458

fonte: USI, 1997

A fronte di una popolazione residente piuttosto esigua, i dati a nostra disposizione sull'utilizzo delle strutture sanitarie, ricavati dai registri dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita, indicano che il 12,5% degli stranieri visitati nel 1996 sono Zingari, con un totale di 615 accessi.

Utilizzo delle strutture sanitarie dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita - 1996

	Generale	*Pediatrico*		
	Tot.	*% stranieri*	*Tot.*	*% stranieri*
Visite al Pronto Soccorso	407	9	176	56,6
Ricoveri	60	14,8	50	28,6
Parti	32	36,5		

fonte: dott.ssa A.Volterrani, 1998

Nel leggere questi dati bisogna considerare che circa il 40% dei residenti zingari nel territorio della Roma A sono Rom italiani, che nei registri ospedalieri non viene riportata l'etnia di appartenenza, e che, come conseguenza, l'uso delle strutture sanitarie da parte di Zingari di nazionalità italiana non è quantificabile. Tutto ciò ci porta a dedurre che i dati siano sottostimati.
Bisogna poi aggiungere l'occasione di incontro fra i servizi sanitari e la popolazione zingara, più precisamente i minori, che si ha tramite la Medicina Scolastica. Dai dati a disposizione del Servizio Materno Infantile si deduce che il 66% dei minori Rom in età scolare è iscritto a scuola e può perciò essere facilmente raggiunto dai servizi offerti dalla Medicina Scolastica.

Presenze Scolastiche Anno D. 1996-97
Minori Rom Residenti Territorio Roma A

Minori da 0 a 18 anni		178
Minori da 7 a 14 anni		64
	Iscritti Scuola Elementare	34
	Iscritti Scuola Media	8

fonte: dati Servizio Materno Infantile RM/A

Giustificazione

La presenza degli Zingari nel territorio della Roma A, sia come residenti che come utilizzatori delle strutture sanitarie, è perciò una realtà di dimensioni significative. Ma le caratteristiche di questa popolazione ed il tipo di relazione esistente fra loro e la società ospite ne fanno una realtà critica che abbisogna di interventi mirati.
Non è un mistero la diffidenza-ostilità che caratterizza, da entrambe le parti, il rapporto fra gli Zingari e la società italiana; tale atteggiamento ha radici storiche, si alimenta di pregiudizi e si fonda su una scarsa conoscenza, soprattutto da parte nostra, della loro cultura. Gli Zingari vengono relegati nell'area dei 'problemi sociali', come una popolazione che rifiuta l'integrazione e vive ai margini della legalità, mentre raramente si affronta il problema dal punto di vista etnico, e perciò come incontro fra due culture.
Nel nostro specifico, gli Zingari si delineano come 'pazienti difficili', che usano in modo inappropriato le strutture sanitarie, non rispettano le regole, manifestano spesso aggressività ed intolleranza. Inoltre, essendo portatori di un sistema medico (inteso come concetto di salute-malattia) differente dal nostro, il dialogo fra il paziente zingaro e l'operatore sanitario, già difficile in generale, diventa nello specifico fonte di incomprensioni, delusioni e fallimenti terapeutici.

Sin dagli ultimi mesi del 1997 l'Osservatorio su i Minori Immigrati ha iniziato una campagna di vaccinazioni nei campi nomadi presenti sul territorio; nel campo 'Olimpica' questa attività è stata svolta in stretta collaborazione con la Caritas Diocesana presente nel campo da più di tre anni.

L'impegno dell'Area Sanitaria della Caritas nell'ambito della promozione della salute della popolazione nomade ha avuto inizio nel 1987. Gli interventi effettuati sono stati caratterizzati dall'utilizzo di un Centro Medico Mobile (CMM), cioè un camper attrezzato ad ambulatorio, grazie al quale si sono potute realizzare prevalentemente attività di medicina di base ed educazione sanitaria. L'assistenza sanitaria di base, se da una parte ha risposto ad alcuni dei bisogni primari più immediati di salute ed ha consentito di 'entrare' nei campi, a lungo termine perde di senso se non é accompagnata da attività di medicina preventiva e da una rilevazione statistico-epidemiologico-antropologica sistematica. In questi ambiti sono iniziate, ormai da tre anni, da una parte una più stretta collaborazione con le Aziende USL competenti per territorio, tra le quali la Roma A, dall'altra un intervento specifico di studio della realtà socio-sanitaria della popolazione zingara, con la finalità di individuare metodologie di lavoro sanitario efficaci con questo gruppo umano.
Il primo stadio dell'indagine ha visto l'individuazione dei bisogni sanitari prioritari, risultati sia dall'osservazione dell'équipe sia dall'espressione, implicita ed esplicita, della popolazione stessa; questi possono essere così sintetizzati:
- vaccinazione per i bambini in età prescolare;
- accesso alle strutture sanitarie ambulatoriali e di prevenzione, necessario in particolare per l'area materno-infantile, gruppo a maggior rischio;
- impossibilità a gestire patologie croniche (del resto abbastanza frequenti fra gli adulti) sia per idiosincrasie culturali, sia per la difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie competenti;
- necessità di vivere in un ambiente più salubre con acqua, luce, fogne, ancor meglio se in una casa.

Presupposti metodologici

Per poter intervenire efficacemente in sanità con la popolazione zingara bisogna tener ben presenti alcuni elementi che guidino le scelte metodologiche e l'operatività.
Quando si lavora con culture 'altre' non si può distinguere l'intervento sanitario dall'approccio socio-culturale, che diventa strumento essenziale per l'efficacia dell'azione; in questo ambito un punto critico è il riuscire a 'tradurre' i servizi socio-assistenziali in forme culturalmente trasparenti, assicurandone così la reale accessibilità. Presupposto necessario diventa perciò l'acculturazione dell'operatore, attraverso itinerari di formazione mirati.
D'altra parte, esperienze di lavoro in sanità con la popolazione zingara hanno evidenziato che gli interventi sul campo, recandosi presso gli insediamenti,

sono ben accetti e stimolano la collaborazione ed il dialogo fra operatori e popolazione nomade; che la non accessibilità, soprattutto culturale, dei servizi sanitari è una delle cause più importanti del cattivo uso che ne fanno gli Zingari; che le attività di prevenzione sono le più difficili da far accettare ad una cultura che vive nel presente e non è interessata a programmare il futuro.

Nel formulare metodi e strumenti efficaci bisognerà, perciò, basarsi sui seguenti elementi:
a. grande flessibilità di tecniche e strumenti utilizzati, per rispondere sempre efficacemente ai bisogni culturali e di salute della popolazione oggetto dell'intervento;
b. presenza costante degli operatori nel campo, che non devono, nei limiti del possibile, essere sostituiti, per favorire un rapporto di fiducia con la popolazione;
c. costanza nella prestazione dei servizi, sia nel campo sia nelle strutture di secondo livello, per acquisire credibilità presso i nomadi;
d. coordinamento continuo e ravvicinato fra gli operatoroi dei vari livelli che svolgono attività, a differente titolo, con gli Zingari;
e. monitoraggio continuo delle attività, con valutazioni periodiche, per assicurare il riaggiustamento continuo del progetto alle esigenze della popolazione ed in vista del raggiungimento degli obiettivi.

Strategicamente preziosa appare la collaborazione con l'Area Sanitaria della Caritas per la complementarietà dei ruoli che vengono svolti all'interno dei campi e per la decennale esperienza maturata da questa organizzazione sia nel lavoro con la popolazione zingara, sia nel campo della formazione del personale sanitario.

Obiettivi

1. Migliorare l'accessibilità alle strutture sanitarie da parte della popolazione zingara.
2. Formare il personale sanitario delle strutture sanitarie all'accoglienza della popolazione zingara.
3. Realizzare interventi di educazione sanitaria nei campi nomadi sull'uso delle strutture sanitarie e sui problemi di salute prioritari

Attività

Gli obiettivi sopraelencati sono strettamente collegati fra loro; ugualmente le attività ad essi sottese si dovranno complementare e coordinare al fine di ottimizzare le risorse per il raggiungimento degli obiettivi, inquadrandosi in una decisione strategica di 'presa in carico' da parte dell'Azienda della popolazione zingara residente nel territorio di competenza e degli utenti Zingari delle strutture sanitarie.

Primo passo sarà la costituzione e formalizzazione di una équipe multidisciplinare di campo (2-3 operatori) che, dopo un'adeguata formazione alle metodologie di lavoro comunitario ed un'introduzione alla cultura zingara, sarà incaricata di visitare regolarmente i campi nomadi presenti sul territorio, svolgendovi sia attività di medicina preventiva/educazione sanitaria (è opportuno uno studio previo sulle abitudini igieniche e sanitarie della popolazione per individuare i temi prioritari da includere nelle attività di educazione sanitaria) sia di orientamento alle strutture sanitarie di secondo livello. Le attività di educazione sanitaria verranno svolte casa per casa, in incontri di tipo familiare e prendendo spunto da situazioni pratiche o fatti intercorrenti. Non è necessario materiale didattico o divulgativo, in considerazione dell'elevato analfabetismo per la lingua italiana.
Inoltre, in collegamento con il servizio di Medicina Scolastica, si curerà la sensibilizzazione dei genitori a condurre i bambini in età scolare ai centri vaccinali, mentre verrà assicurata al campo, sempre con una metodologia di intervento casa per casa, la vaccinazione dei minori in età prescolare.
Per i minori in età scolare si propone la formulazione di un libretto della salute, sull'esempio di altri libretti già in uso, che riassuma i dati salienti dello sviluppo del bambino, il calendario vaccinale, la storia clinica ed il risultato degli screenings previsti dalla Medicina Preventiva, che, affidato ai genitori del minore, venga richiesto e mostrato in occasione di ogni intervento sanitario e progressivamente compilato dai medici fino al completamento di tutti i dati necessari: per questo progetto è necessario uno stretto coordinamento fra i vari livelli delle strutture sanitarie della Roma A.

Bisognerà poi organizzare una rete di strutture sanitarie di 2° livello all'interno della Azienda USL Roma A accessibili territorialmente e culturalmente che, oltre che per l'area materno-infantile, offra assistenza per le patologie croniche negli adulti, altro problema sanitario prioritario, coordinando protocolli terapeutico/diagnostici per le differenti patologie e l'invio dei pazienti da una struttura all'altra. A questo proposito sarà utile realizzare una 'carta dei servizi essenziali', specifica per l'utenza zingara, mettendo in atto iter burocratici ed orari di apertura accessibili culturalmente, ed indispensabile realizzare corsi di informazione e formazione per gli operatori della Az. USL operanti nelle strutture di 2° livello inseriti in tale rete.
Le stesse attività (protocolli specifici, iter burocratici accessibili, corsi di informazione/formazione) verranno attuate negli ospedali o altre strutture di 2° livello che raccolgono utenza zingara proveniente da territori di competenza di altre AUSL.

Azienda USL Roma E, Caritas di Roma

Intervento di promozione della salute

Proposta di progetto operativo a favore della popolazione zingara presente nel territorio della AUSL Roma E.

a cura di Emanuela Biazzo°, Luciana Dragone°, Roberto Ieraci°, Matilde Esposto°, Bianca Maisano*, Fulvia Motta*, Salvatore Geraci**
*°Azienda USL Roma E; *Caritas di Roma*

Breve presentazione dell'esperienza
Azienda USL Roma E. L'area di Medicina Preventiva del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda USL Roma E da circa tre anni ha avviato programmi di prevenzione per i residenti dei campi nomadi presenti nel territorio di sua competenza.
Ha collaborato e collabora attualmente con gli operatori dell'Opera Nomadi e dell'ARCI Solidarietà nel Programma di Scolarizzazione dei Minori Zingari. Sono stati assicurati a questi bambini tutti gli interventi di Medicina Preventiva precipui della Medicina Scolastica e sono stati inseriti nei programmi di vaccinazione secondo il calendario vigente.
Inoltre alcuni operatori collaborano con l'Area Sanitaria della Caritas, nel campo di Via del Baiardo e di Via Cesare Lombroso.
Con metodologie diverse per ciascun campo e sempre in collaborazione con i volontari Caritas ed ARCI si é provveduto alla copertura vaccinale dei minori della fascia 0-16 anni. Per tali attività la ASL ha messo a disposizione il personale ed ha fornito i vaccini ed ogni altro presidio medico in dotazione del Servizio.
Area Sanitaria Caritas. L'impegno dell'Area Sanitaria della Caritas nell'ambito della promozione della salute della popolazione nomade ha avuto inizio nel 1987.
Gli interventi effettuati sono stati caratterizzati dall'utilizzo di un Centro Medico Mobile (CMM) cioé un camper attrezzato ad ambulatorio, grazie al quale si sono potuti realizzare prevalentemente attività di medicina di base ed educazione sanitaria
L'assistenza sanitaria di base, se da una parte ha risposto ad alcuni dei bisogni primari più immediati di salute ed ha consentito di 'entrare' nei campi, a lungo termine perde di senso se non é accompagnata da attività di medicina preventiva e da una rilevazione statistico-epidemiologico-antropologica

sistematica. In questo ambito si é iniziata, ormai da due anni, una più stretta collaborazione con le Aziende USL competenti per territorio tra le quali la Roma E.

Descrizione dei tre campi sosta presenti nel territorio della Asl Roma E

Via del Baiardo. La popolazione di questo campo si aggira intorno alle 200 persone (1996). La distribuzione per fasce d'età indica che il 44% degli Zingari di questo campo ha una età compresa tra 0 e 14 anni, solo il 2,5% sopra i 55.

Distribuzione per fasce d'età del campo di via del Baiardo

	0-5	6-14	15-25	26-54	>55	Totale
Maschi	21	21	24	22	3	91
Femmine	19	28	25	35	2	109
Totale	40	49	49	57	5	200
%	20	24,5	24,5	28,5	2,5	100

fonte: USI, 1997

Gli abitanti il campo, provenienti dal parcheggio situato su Tor di Quinto, hanno occupato circa 6 anni fa un campo sportivo della Guardia di Finanza non utilizzato, distribuendosi sul terreno secondo i rapporti di parentela. Questo terreno si trova al di sotto del livello del Tevere, che scorre nelle vicinanze, ed è sempre a rischio di inondazione nei periodi di piena. L'acqua viene fornita da un'autobotte cinque giorni a settimana; da due anni sono stati istallati alcuni bagni chimici che però non servono tutte le famiglie; manca l'allaccio elettrico.

Via Cesare Lombroso. Il campo è situato sul terreno della provincia di Roma nei pressi dell'ex Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà. Il campo esiste dal 1988 e la popolazione si aggira intorno alle 140 persone. La fascia d'età più rappresentata è quella da 0 a 14 anni con il 49%, sopra i 55 anni solo il 7%.

Distribuzione per fasce d'età del campo di via Cesare Lombroso

	0-5	*6-14*	*15-25*	*26-55*	*>55*	*Totale*
Maschi	19	23	17	14	6	79
Femmine	12	15	16	15	4	62
Totale	31	38	33	29	10	141
%	22	27	23	21	7	100

fonte: USI, 1997

A seguito di un primo insediamento abusivo da parte di alcune famiglie, la Provincia di Roma ha ceduto al Comune parte del terreno, 4.000 mq, per l'allestimento di un campo attrezzato. Per la prima parte del campo, nel 1995, sono stati avviati i lavori, quindi interrotti per motivi burocratici ed anche per un contenzioso tra Provincia e Comune. Nel frattempo i Rom hanno trovato una loro collocazione secondo i gruppi familiari, in tre zone diverse, sempre nello stesso terreno provinciale. Una delle tre sistemazioni è risultata particolarmente disagevole perché su terreno agricolo, franoso, ed anche per la difficoltà ad accedervi a causa di una strada di 300 mt. molto stretta ed impraticabile, soprattutto nel periodo di pioggia. Nei pressi del campo c'è un piccola fontana, spesso fuori servizio, dove attingono acqua. Lo smaltimento immondizie è saltuario e gravemente insufficiente con notevole compromissione dell'habitat. I servizi igienici sono tuttora inesistenti.

Via Aurelia. Il campo sosta di Via Aurelia denominato 'La Monachina' ospita 54 persone di cui 29 minori. All'interno di esso operano volontari e il personale dell'Opera Nomadi il quale tra l'altro segue il programma di scolarizzazione dei minori. Il campo non è fornito di allaccio idroelettrico. Non viene neppure rifornito periodicamente dall'autobotte di acqua potabile.

Breve descrizione della collaborazione già sviluppata

Nel campo di via Cesare Lombroso opera da alcuni anni un gruppo di volontari della Parrocchia dei Monfortani che si è attivato per integrare l'aspetto assistenziale, assicurato dal CMM della Caritas, con quello della prevenzione. Il primo grande lavoro effettuato è stato il censimento della popolazione Rom con il particolare rilievo del numero dei bambini da tre mesi a 14 anni. Dai dati rilevati (circa 90 bambini) si è dato avvio ad una pianificazione delle vaccinazioni effettuate a tappeto in collaborazione con il servizio di vaccinazione Rm/E di via Jacobini,6.
Anche nel Campo di Via del Baiardo la collaborazione con la Rm/E è ben avviata da oltre due anni e riguarda soprattutto il settore prevenzione con l'esecuzione delle vaccinazioni. Nel 1995 la Azienda Roma E e la Caritas hanno realizzato congiuntamente, al campo, nell'ambito di un progetto-pilota, lo screening per la tubercolosi. I test per eseguire lo screening sono stati messi a disposizione dall'Area di Medicina Preventiva della AUSL. Si è inoltre iniziato a seguire con maggiore attenzione il binomio Materno-Infantile.

Descrizione quantitativa degli interventi già realizzati

AUSL Roma E

Vaccinazioni: *Via Cesare Lombroso*
925 dosi somministrate (dal 1993 al 1997)
Dal 1993 ad oggi sono stati vaccinati presso il centro

vaccinale AUSL Rm/E un totale di 136 bambini nomadi per un numero complessivo di 925 vaccinazioni.
Le vaccinazioni sono state possibili grazie ai volontari della Parrocchia che nel loro intervento hanno attuato la seguente metodologia:
1) Censimento
2) Recupero di alcune vaccinazioni eseguite, in modo discontinuo in altre Unità Sanitarie Locali, tramite collaborazione con i relativi servizi di vaccinazione.
3) Informazione ai genitori circa l'importanza della vaccinazione
4) Raggruppamento dei bambini secondo l'affinità familiare
5) Appuntamento al genitore dato alcuni giorni prima
6) Vengono portati al servizio vaccinazioni circa 5 o 6 bambini con relativo genitore
7) A vaccinazione avvenuta viene consegnato alla mamma il certificato e per i bambini che vanno a scuola viene data una copia all'operatore scolastico.

Via del Baiardo
800 dosi somministrate in un anno
Grazie all'esperienza maturata dall'équipe Caritas nel lavoro di campo, si è scelto, in accordo con il responsabile dell'Area di Medicina Preventiva del D.M.I., di privilegiare l'approccio casa per casa per le vaccinazioni, lasciando grande spazio alla sensibilizzazione ed educazione sanitaria dei genitori. Il metodo utilizzato è stato il seguente:
1) L'operatrice della Az. Rm/E, infermiera incaricata delle vaccinazioni, prendeva contatto con le famiglie durante un intervento al campo dell'équipe Caritas.
2) Con l'ausilio di un medico volontario Caritas, durante un'uscita successiva, venivano vaccinati i bambini 'prenotati'.
3) Alle famiglie veniva lasciato un certificato di vaccinazione, un altro era a disposizione degli operatori scolastici, ed i dati venivano inseriti nell'anagrafe vaccinale.
Negli ultimi mesi sono state incaricate due dottoresse della Azienda USL Rm/E del programma di vaccinazioni, che continuano durante uscite autonome dall'équipe Caritas. Inoltre si è deciso di vaccinare sul campo i minori 0-3 anni e, in collaborazione con gli operatori ARCI, di inviare i minori in età scolare presso i centri vaccinali.

Via Aurelia
205 dosi somministrate in un anno
Il Tine-test è stato praticato ai bambini corrispondenti alle classi filtro e cioé I e IV elementare e terza media. I bambini sono stati vaccinati contro: Polio, DT ed Epatite B. A tutt'oggi non si è in possesso della documentazione vaccinale dei bambini della fascia di età compresa tra gli 0 e i 3 anni.

Area Sanitaria Caritas
(Limitatamente al campo di Via Cesare Lombroso e Via del Baiardo)
Via del Baiardo: nel 1996/97 il CMM ha effettuato 36 uscite in questo campo finalizzate all'assistenza sanitaria di base ed alla sorveglianza igienico-sanitaria. Si é realizzato un monitoraggio mensile delle attività. Le visite di medicina generale degli adulti sono state 300 mentre quelle pediatriche 221.
In questo campo é inoltre in corso dal 1995 un Progetto Pilota con la finalità di individuare metodologie di lavoro sanitario efficaci all'interno della situazione socio-culturale degli Zingari. Dopo una prima fase conoscitiva della realtà, si é entrati nella fase operativa della raccolta dati più squisitamente sanitari, visitando ripetutamente le famiglie del campo, eseguendo lo screening della Tubercolosi applicando il Tine test al 90% della popolazione e misurando il peso ed altezza di 82 bambini sotto i 14 anni e peso, altezza e pressione arteriosa di 114 adulti. E' stato utilizzato un questionario semi-strutturato e l'osservazione sistematizzata di comportamenti, usi ed abitudini correlabili con alcuni fattori di rischio attualmente allo studio (abitudini alimentari, fumo, alcol, etc.), osservazione permessa dall'incontro realizzato nelle loro stesse abitazioni.
Via Cesare Lombroso: nel 1996/97 il CMM ha effettuato 36 uscite finalizzate all'assistenza sanitaria di base ed alla sorveglianza igienico-sanitaria. Le visite di medicina generale degli adulti sono state 421 mentre quelle pediatriche 435.

Problemi prioritari individuati

Le attività di indagine e di studio della realtà socio-culturale correlabile con lo stato di salute degli Zingari del campo di Via del Baiardo sono state compiute dall'equipe della Caritas Diocesana fra aprile '95 e febbraio '96, con una metodologia di ricerca-azione. Grazie a tale indagine si é ottenuta una buona conoscenza della realtà del campo. Ciò costituisce la premessa per suscitare la partecipazione degli Zingari alle problematiche connesse con la loro salute e per disegnare con loro un intervento che contempli un ruolo 'protagonista' e non semplicemente passivo dei nomadi stessi. Inoltre i dati socioculturali raccolti sono sovrapponibili, nella loro maggioranza, a quanto esiste in letteratura su altri gruppi etnici Rom. Questo autorizza a generalizzare gran parte dei dati alla popolazione zingara globalmente considerata ed a ipotizzare una replicabilità della metodologia di intervento del progetto in altri campi nomadi.
I bisogni sanitari prioritari osservati dall'equipe durante l'indagine sono in gran parte sovrapponibili a quelli espressi, più o meno chiaramente, dalla popolazione

stessa e possono essere così sintetizzati:
- necessità di vivere in ambiente più salubre con acqua, luce, fogne, ancor meglio se in una casa;
- vaccinazione per i bambini in età prescolare;
- accesso alle strutture sanitarie ambulatoriali e di prevenzione, necessario in particolare per l'area materno-infantile, gruppo a maggior rischio;
- impossibilità a gestire patologie croniche (del resto abbastanza frequenti fra gli adulti) sia per idiosincrasie culturali come per la difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie competenti.

Finalità ed obiettivi

Finalità: organizzare una risposta efficace ai problemi di salute prioritari identificati dalla ricerca-azione e/o espressi dalla popolazione zingara.

Obiettivi generali:

I. Favorire l'espressione della domanda di salute da parte degli Zingari alle strutture sanitarie.

II. Avviare un cambio di mentalità degli Zingari per il quale da una richiesta di intervento solo per le urgenze si passi ad una richiesta di mantenimento dello stato di salute.

Obiettivi specifici:

I.a. Organizzare un gruppo sanitario "misto" (operatori Rm/E e Caritas) che svolga attività di medicina di base e di orientamento a strutture di 2° livello.

I.b. Organizzare una rete di strutture sanitarie di 2° livello all'interno della ASL RM/E accessibili territorialmente e culturalmente.

II.a. Svolgere attività continua di educazione sanitaria, in concomitanza con i singoli interventi sanitari e con colloqui casa per casa, sui problemi prioritari sopra definiti.

II.b. Assicurare la copertura vaccinale (vaccinazioni obbligatorie e facoltative) al 90% nei bambini 0-16 anni presenti nei tre campi entro un anno dall'avvio del progetto.

II.c. Eseguire uno screening della Tubercolosi a tutta la popolazione di uno dei tre campi ove si sia verificata l'accettabilità culturale e la fattibilità.

II.d. Assicurare il controllo sull'accrescimento staturo ponderale nei bambini 0-3 anni presenti nei tre campi.

II.e. Realizzare gli screening previsti per i bambini 3-16 anni privi di pediatra di base.

II.f. Facilitare gli iter diagnostico-terapeutici per assicurare i controlli seriati nel tempo delle patologie croniche negli adulti.

II.g. Attuare una costante sorveglianza igienico-sanitaria dei tre campi.

Attività

Per ogni obiettivo specifico sono state definite le seguenti attività, con le rispettive responsabilità, necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo:

I.a. Organizzare un gruppo sanitario 'misto' (operatori Rm/E e Caritas) che svolga attività di medicina di base e di orientamento a strutture di 2° livello.

1. Costituzione e formalizzazione del gruppo sanitario costituito da operatori Caritas che svolgono attività di medicina di base ed operatori Rm/E che svolgono attività di medicina preventiva.
   Responsabile: Livelli direttivi della AUSL Roma E e della Caritas Diocesana
2. Autorizzazione ufficiale a tutti gli operatori del gruppo sanitario misto a rilasciare i tesserini previsti dalla Delibera della Regione Lazio n.5.122 del 31.7.1997 in occasione del primo contatto con i pazienti zingari.
   Responsabile: Livelli direttivi della ASL Rm/E
3. Invio mirato dei pazienti nomadi alle strutture di secondo livello, anche su prescrizioni su carta intestata Caritas.
   Responsabile: Operatori del gruppo sanitario, sia della Rm/E che della Caritas.

I.b. Organizzare una rete di strutture sanitarie di 2° livello all'interno della AUSL Rm/E accessibili territorialmente e culturalmente.

1. Realizzazione di una "carta dei servizi essenziali", specifica per l'utenza zingara (accessibile territorialmente dai tre campi e culturalmente).
   Responsabile: Operatori della Rm/E
2. Realizzazione di corsi di informazione e formazione per gli operatori della AUSL operanti nelle strutture di secondo livello inserite nella rete di riferimento.
   Responsabile: Operatori del gruppo sanitario, sia della Rm/E sia della Caritas.

II.a. Svolgere attività continua di educazione sanitaria, in concomitanza con i singoli interventi sanitari e con colloqui casa per casa, sui problemi prioritari sopra definiti.

1. Somministrazione di un questionario semistrutturato sulle abitudini igieniche e di accudimento dei bambini alle donne zingare
   Responsabile: Operatori della Rm/E
2. Individuazione dei temi prioritari da includere nell'attività di educazione sanitaria nei campi
   Responsabile: Operatori del gruppo sanitario, sia della Rm/E che della Caritas.
3. Interventi di educazione sanitaria continua sui temi individuati.
   Responsabile: Operatori del gruppo sanitario, sia della Rm/E che della Caritas.

II.b. *Assicurare la copertura vaccinale (vaccinazioni obbligatorie e facoltative) al 90% nei bambini 0-16 anni presenti nei tre campi entro un anno dall'inizio del progetto.*

1. Ricognizione continua della copertura vaccinale nei minori 0-16 anni, nei tre campi
   Responsabile: Operatori della Rm/E
2. Esecuzione delle vaccinazioni nei minori 0-36 mesi nei campi
   Responsabile: Operatori della Rm/E
3. Invio dei minori 4-16 anni per le vaccinazioni ai rispettivi centri vaccinali di zona, tramite attività di educazione sanitaria.
   Responsabile: Operatori della Rm/E

II.c. *Eseguire uno screening della Tubercolosi a tutta la popolazione di uno dei tre campi ove si sia verificata l'accettabilità culturale e la fattibilità.*

1. Esecuzione, previa verifica dell'accettabilità culturale e della fattibilità, del Tine-Test a tutta la popolazione del campo di Via Cesare Lombroso.
2. Esecuzione del test tubercolinico alla Mantoux ai soggetti risultati (++) e prosecuzione dell'iter diagnostico e terapeutico ove necessario.
   Responsabile: Operatori della Rm/E

II.d. *Assicurare il controllo sull'accrescimento staturo ponderale nei bambini 0-3 anni presenti nei tre campi.*

1. Controllo staturo-ponderale, attraverso la rilevazione di dati biometrici, con le seguenti scadenze:
   0-12 mesi ogni tre mesi
   13-36 mesi ogni dodici mesi, salvo complicazioni intercorrenti.
   Responsabile: Operatori della Caritas.

II.e. *Realizzare gli screening previsti per i bambini 3-16 anni privi di pediatra di base.*

1. Coordinamento fra i Medici Scolastici, i Medici dei Centri Vaccinali e gli operatori Rm/E del campo, finalizzato all'esecuzione degli screenings previsti dalla Medicina Preventiva.

Responsabile: Operatori della Rm/E

2. Progettazione e realizzazione di un “libretto della salute” da distribuire ad ogni minore dei tre campi.
   Responsabile: Operatori del gruppo sanitario, sia della Rm/E che della Caritas.
3. Compilazione coordinata fra gli operatori di cui all’attività n.1 dei libretti della salute.
   Responsabile: Operatori del gruppo sanitario, sia della Rm/E che della Caritas.

II.f. *Facilitare gli iter diagnostico-terapeutici per assicurare i controlli seriati nel tempo delle patologie croniche negli adulti.*

1. Avvio dei contatti con centri specialistici per le patologie dismetaboliche, cardiovascolari e cronico-degenerative, per assicurare i necessari controlli per i pazienti Zingari
   Responsabile: Livelli direttivi della ASL Rm/E e della Caritas Diocesana, operatori del gruppo sanitario, sia della Rm/E che della Caritas.

II.g. *Attuare una costante sorveglianza igienico-sanitaria dei tre campi.*

1. Descrizione mensile della situazione igienico-sanitaria dei tre campi mediante l’utilizzo di una scheda di monitoraggio.
   Responsabile: Operatori Rm/E e della Caritas

Metodi e strumenti

Nella formulazione di metodi e strumenti si fa tesoro della precedente esperienza sia della Rm/E che della Caritas Diocesana. Gli elementi base necessari per un lavoro efficace sono i seguenti:

a. grande flessibilità di tecniche e strumenti utilizzati, per rispondere sempre efficacemente ai bisogni culturali e di salute della popolazione oggetto dell’intervento;
b. presenza costante degli operatori nel campo, che non devono, nei limiti del possibile, essere sostituiti, per favorire un rapporto di fiducia con la popolazione;
c. costanza nella prestazione dei servizi, sia nel campo che nelle strutture di secondo livello, per acquisire credibilità presso i nomadi;
d. coordinamento continuo e ravvicinato fra gli operatori dei vari livelli che svolgono attività, a differente titolo, con gli Zingari;
e. monitoraggio continuo delle attività, con valutazioni periodiche, per assicurare il riaggiustamento continuo del progetto alle esigenze della popolazione ed in vista del raggiungimento degli obiettivi.

Più in specifico, è necessario il riconoscimento ufficiale dell’attività svolta nei campi e con la popolazione nomade nel quadro della Delibera

Regionale n.5.122, affinché l'equipe responsabile possieda gli strumenti necessari per avvicinare gli Zingari alle strutture sanitarie ed educarli ad un loro corretto uso.
Allo stesso tempo si dovrà dedicare tempo e spazio all'informazione e formazione, attraverso brevi corsi, degli operatori, sanitari e non, che lavorano nelle strutture di secondo livello, per assicurare una accessibilità culturale delle strutture stesse. L'efficacia degli interventi verrà poi assicurata dal coordinamento continuo fra gli operatori attivi nel campo e coloro che operano nelle strutture onde assicurare uno stesso atteggiamento ed una coerenza operativa verso le richieste della popolazione nomade.
Le attività di educazione sanitaria sui problemi prioritari identificati tramite il questionario verranno svolte casa per casa, in incontri di tipo familiare e prendendo spunto da situazioni pratiche o fatti intercorrenti. Non é necessario materiale didattico o divulgativo, in considerazione dell'elevato analfabetismo per la lingua italiana. Ugualmente si approfitterà di ogni intervento di tipo sanitario o preventivo per passare contenuti di educazione sanitaria.
Il collegamento con il progetto di scolarizzazione dei minori Rom e Sinti verrà valorizzato per sensibilizzare i genitori a condurre i bambini in età scolare ai centri vaccinali, mentre verrà assicurata al campo, sempre con una metodologia di intervento casa per casa, la vaccinazione dei minori in età prescolare. L'aggiornamento continuo dei censimento e dell'anagrafe vaccinale permetterà un controllo individualizzato del calendario vaccinale.
Le pediatre dell'equipe Caritas continueranno il lavoro di controllo sanitario sui minori di tre anni, assicurando anche il controllo della crescita con attività di campo, casa per casa, con l'ausilio di una bilancia pediatrica.
Per i minori in età scolare si propone la formulazione di un libretto della salute, sull'esempio di altri libretti già in uso, che riassuma i dati salienti dello sviluppo del bambino, il calendario vaccinale, la storia clinica ed il risultato degli screenings previsti dalla Medicina Preventiva, che affidato ai genitori del minore, venga richiesto e mostrato in occasione di ogni intervento sanitario e progressivamente compilato dai medici fino al completamento di tutti i dati necessari. Anche per questo progetto é necessario uno stretto coordinamento fra i vari livelli delle strutture sanitarie della Rm/E.
Per l'assistenza per le patologie croniche negli adulti, altro problema sanitario prioritario, sarà necessario coordinare dei protocolli di controllo per le differenti patologie con i centri specialistici disponibili nel territorio della Roma E ed un sistema di invio da parte degli operatori attivi sul campo alle strutture specialistiche.

Risorse umane, materiali ed economiche

Risorse umane

8 ore /uomo/sett. medici di medicina preventiva AUSL Rm/E
16 ore/uomo/sett. medici specialisti Caritas
16 ore/uomo/sett. operatori di campo Caritas

Risorse materiali

1) Tesserini STP: n.500
2) Carta dei Servizi Essenziali: n.300
3) Materiale didattico per i corsi agli operatori AUSL Rm/E
4) Questionario sulle abitudini igieniche: n.200
5) Vaccini obbligatori
6) Bilancia pediatrica: n.3
   Bilancia adulti: n.3
7) Libretto della salute per i minori: n.500
8) Centro Medico Mobile della Caritas
9) Materiale di cancelleria
10) Strutture di 2° livello

Risorse economiche

1) Spesa già prevista nel Budget dell'Azienda
2) Lit.400.000
3) Lit.200.000
4) Lit.50.000
5) Rimborso previsto ai sensi della Delibera della Regione Lazio n.5.122 del 31.7.97
6) Lit.1.000.000
7) Lit.500.000
8) Messo a disposizione dall'Area Sanitaria della Caritas
9) Lit.300.000
10) Rimborso previsto ai sensi della Delibera della Regione Lazio n.5.122 del 31.7.97.

Monitoraggio e valutazione

Come già presentato nel paragrafo sui metodi e strumenti, é previsto un sistema di monitoraggio continuo, secondo indicatori di processo e di risultato, come strumento fondamentale di lavoro e come base per la valutazione del progetto stesso.
Gli indicatori, strumenti e tempi del monitoraggio e valutazione verranno stabiliti una volta ottenuta l'approvazione dell'accordo con la definizione finale delle attività.

Medici del mondo - Francia

Progetto ROMEUROPE

La Popolazione ROM d'Europa

Dall'identificazione di ciò che determina lo stato di salute all'elaborazione di una rete transnazionale per la realizzazione di programmi di promozione della salute

La Missione periferica Genevilliers di *'Medici del Mondo'* si impegna da molti anni presso la popolazione Rom migrante di provenienza dall'Europa dell'Est e può constatare che questa popolazione stigmatizzata, esclusa e vulnerabile vive in condizioni sanitarie gravi. La Missione ha iniziato una rete transnazionale con le Missioni Nazionali di '*Medici del Mondo*' di Spagna e Grecia anch'esse allarmate dallo stato di salute e dalla vulnerabilità di questa popolazione. Alcuni dati assai significativi raccolti assieme alle associazioni Rom dimostrano la necessità di effettuare un bilancio generale dello stato di salute dei Rom.
In questo àmbito i *'Medici del Mondo'* e i loro partner hanno elaborato il progetto di ricerca-azione ROMEUROPE.
Inoltre, il programma '98 d'azione comunitaria di promozione, d'informazione, di educazione e di formazione in materia di sanità, definito dalla Commissione Europea - Unità V/F/3, Promozione della salute e controllo delle malattie, incoraggia "la valutazione dell'impatto delle politiche e degli strumenti di promozione sanitaria all'interno degli Stati membri, al fine di arrivare alla definizione di strategie di promozione della salute, la loro valutazione e la diffusione dei modelli di buona pratica". Attribuisce inoltre, un'attenzione particolare ai "gruppi sfavoriti, quali i nomadi, gli immigrati, i rifugiati e le minoranze etniche". Questo programma è stato oggetto di una richiesta di finanziamento da parte del comitato pilota per portare a termine lo studio iniziato nel 1998 con fondi propri di *'Medici del Mondo'*.

Obiettivi

1) Identificare i principali fattori che determinano lo stato di salute della popolazione Rom in tre paesi europei della rete: Spagna, Francia, Grecia (paesi pilota).
2) Estendere la rete ad altri tre paesi dell'Unione Europea: Germania, Italia, Portogallo, per uno scambio dei dati disponibili sulla situazione sanitaria dei Rom e per valutare potenziali metodi di promozione della salute.
3) Estendere la rete a cinque paesi dell'Europa dell'Est: Albania, Bulgaria, Ungheria, Repubblica Ceca, Romania, per identificare i principali fattori

che determinano lo stato di salute della popolazione Rom migrante e per identificare la realtà della loro presa in carico da parte dei paesi di origine.
4) Realizzare un bilancio sull'accesso ai servizi sanitari della popolazione Rom.
5) Favorire un miglioramento dell'accesso ai servizi e del ricorso al sistema sanitario.
6) Concepire modelli intersettoriali e pluridisciplinari di azioni di promozione della salute da proporre all'insieme dei paesi dell'Unione Europea e destinati alla popolazione Rom.
7) Valutare la loro applicabilità nei paesi della rete transnazionale e il loro impatto in materia di salute, in particolar modo per quanto riguarda la salute della madre e del bambino.

Metodo ed organizzazione
Un questionario destinato a fornire dati quantitativi è stato elaborato dal comitato pilota e da una esperta in bio-statistica che ne elaborerà i risultati.
Le équipes costituite dalle Missioni *'Medici del Mondo',* le associazioni zingare e i mediatori Rom si incaricheranno di distribuire questi questionari a 900 persone (150 persone per equipe) durante colloqui medici e spostamenti sul territorio. Parallelamente, uno studio descrittivo, di tipo etnografico ed uno studio qualitativo, di tipo etnosociologico (colloqui semi-direttivi) saranno realizzati nei luoghi abitati dalla popolazione Rom.

Gli attori del progetto
- La popolazione Rom.
- Il comitato pilota: verifica della metodologia, supervisione dell'analisi dei dati, responsabilità dell'attività, scambi con il comitato scientifico, identificazione dei principali fattori che determinano la salute.
- Il comitato scientifico: verifica dell'attività esterna, garanzia della metodologia e dell'etica.
- Le équipes *'Medici del Mondo'* Genevilliers, Nizza, Tolosa, Marsiglia (Francia), Atene (Grecia), Valencia (Spagna), le associazioni e i mediatori Rom: somministrazione dei questionari, scambi con l'esperta in bio-statistica e con il coordinatore territoriale.
- Il coordinatore territoriale: ruolo d'interfaccia tra le squadre e il comitato pilota, coordinamento dello svolgimento della raccolta dei dati, vigilanza sull'omogeneità dei metodi adottati, studio qualitativo e descrittivo, redazione del rapporto intermedio e del rapporto finale, scambi con il comitato pilota, con il comitato scientifico e con l'esperta in bio-statistica.

Calendario
Da settembre a dicembre 1997: missioni esplorative di valutazione nei luoghi dei tre paesi pilota, installazione della rete, elaborazione degli strumenti di raccolta dei dati.

Da gennaio ad aprile 1998: assunzione di una bio-statistica, di un coordinatore territoriale, e di una segretaria; ricerca di finanziamenti supplementari, messa a punto degli strumenti di raccolta di dati e dei metodi di studio stabiliti, costituzione del comitato scientifico, visita preparatoria per lo studio sui vari territori.
Da maggio ad ottobre 1998: raccolta ed analisi dei dati.
Da novembre 1998 a dicembre 1998: sintesi dei risultati e diffusione ai partner.
Da gennaio ad aprile 1999: sedute di lavoro tra il comitato pilota ed i partner, identificazione e proposta di politiche e di azioni di promozione sanitaria, consolidamento della rete transnazionale, redazione di un rapporto intermedio.
Da maggio ad ottobre 1999: valutazione della fattibilità delle proposte di intervento di promozione della salute.
Da novembre a dicembre 1999: schematizzazione dei programmi di azione e promozione sanitaria, rapporto finale, diffusione ai responsabili incaricati della salute e all'insieme degli attori implicati.
Durante tutta l'attività, il comitato scientifico vigilerà sul buon svolgimento dell'attività del progetto e sulla affidabilità dei risultati ottenuti.

Utilizzazione dei risultati
Pubblicazione di un rapporto globale e diffusione presso i responsabili delle politiche della salute in Europa, le reti europee sulla salute, la precarietà delle popolazioni vulnerabili, presso gli attori del sistema di salute nei sei paesi e le associazioni Rom tra le quali l'Unione Romani Internazionale.
Valorizzazione e diffusione dei risultati tramite pubblicazioni scientifiche destinate particolarmente ai professionisti della salute, e comunicazioni in conferenze e colloqui di salute pubblica.

Network Drom - Grecia

Considerazioni sull’opportunità della vaccinazione antiEpatite B nella popolazione Rom in Grecia

di Alexandros A. Papachristou
Head on Dpt of Internal Medicine - Hospital of Thessaloniki, greece

In Grecia esistono più di 300.000 casi di infezione cronica da Epatite B. Tra la popolazione generale, esistono ‘sottogruppi’ ad alto rischio, nei quali la proporzione del contatto con il virus supera quello della popolazione generale che fluttua tra il 2% ed il 5%, a seconda della regione.
Tra essi, gli operatori della salute presentano un’alta incidenza di contatto con il virus da Epatite B, approssimativamente il 42% del totale. Altri sottogruppi ad alto rischio sono i detenuti, in particolare quelli reclusi per abuso di droga (49%). La proporzione tra i tossicodipendenti, ospiti delle comunità per disintossicazione da droghe della Grecia del Nord ‘Ithaki’ e ‘Karteres’ raggiunge il 41%. Tra i rifugiati albanesi, l’infezione da Epatite B è endemica, perché per loro è normale farsi fare tatuaggi appena usciti dal servizio militare ed anche a causa del loro basso livello socioeconomico. Così i ricoveri di rifugiati dall’Albania e dall’Ex Unione Sovietica, tra il ‘90 ed il ‘93, nell’Ospedale per Malattie Infettive di Salonicco, hanno mostrato che la malattia maggiormente riscontrata da ambo i gruppi era proprio l’epatite virale. Inoltre la prevalenza dell’infezione da Epatite B tra i giovani rifugiati dell’Epiro Nord, ospiti dell’orfanotrofio ‘Papafeion’ di Salonicco nel 1993 raggiunge il 61%.
Secondo i dati precedenti, gli Zingari che raggiungono la stessa ed addirittura maggiore percentuale di casi di infezione da Epatite B, approssimativamente il 65%, sono automaticamente inclusi in questi gruppi, tra i quali la prevenzione del contagio sembra essere obbligatoria. Questo si può ottenere solo immunizzando la popolazione (immunizzazione attiva, o immunoprofilassi), attraverso la vaccinazione. Uno dei problemi che emerge in un programma massivo di vaccinazione è quello dei costi. Esso deve essere esaminato nel contesto del cosiddetto ‘costo/beneficio’. Se calcoliamo che il 65% di 200.000 nomadi nel nostro paese è infetto, dobbiamo vaccinare il resto, il 35%, ovvero 70.000 persone. Le tre dosi di vaccino per persona costano 15,000 drs. La somma delle spese per 70.000 persone è dell’ordine di 1.000.000.000 drs. D’altro canto, dovremmo calcolare il numero di persone infette da virus dell’Epatite B che inevitabilmente si ammalerà, dei mala-

ti che diventeranno cronici e che avranno bisogno della terapia con interferone. Dovremmo anche inoltre calcolare il numero dei decessi. I portatori del virus sono dell'ordine del 10%. Di conseguenza, 13.000 individui di 130.000 zingari sono portatori di Epatite B e tra questi un 25%, 3.250 persone soffriranno di epatite cronica ed alcuni di loro di cirrosi epatica. Per ogni caso di epatite attiva, il costo dell'interferone è approssimativamente di 1.500.000 drs. Il costo totale, solo per la terapia con interferone è di 4.875.000.000 (quasi 5 miliardi) drs, senza calcolare il costo sociale per l'ospedalizzazione, i decessi, ecc.
Che cosa succede negli altri paesi? La situazione anche lì era quasi la stessa sin dall'inizio. Molti sforzi sono stati necessari per fare in modo che le cose funzionassero adeguatamente. Per esempio, in una Riunione Internazionale, tenutasi a Vienna nel 1993, si speculava sul come affrontare il problema del contagio. "Questo problema", dicevano, "sarà affrontato da un'azione a triplo livello: il miglioramento della legislazione, la pressione da parte di unioni diverse e dai sindacati dei professionisti e dal rinnovamento dei programmi di vaccinazione". La Comunità Europea e l'Organizzazione Mondiale per la Salute hanno sviluppato dei programmi volti alla protezione della popolazione mondiale dal rischio del contagio da Epatite B fino all'anno 2000. Hanno insistito sul "bisogno di enfatizzare il problema dell'Epatite B come problema di salute pubblica. Le vaccinazioni contro l'epatite fanno risparmiare, ma l'applicazione dei programmi efficaci di vaccinazione è ostacolata dalla mancanza di informazione concernente l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione stessa". Hanno giudicato di vitale necessità che "la natura grave dell'infezione da Epatite B dovrebbe essere percepita da tutti; un'informazione giusta dovrebbe essere garantita; e consigli utili dovrebbero essere forniti dalle varie organizzazioni. Una lista di direttive e di raccomandazioni dovrebbe essere formulata, con l'obiettivo di migliorare i programmi di vaccinazione a favore di tutti i soggetti a rischio". Un mese prima della fine del 1997, il nostro Ministero della Sanità ha adottato immediatamente le raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale per la Salute espresse durante la conferenza di Madrid, Spagna, nel novembre 1997, per la vaccinazione universale contro l'Epatite B. Indubbiamente, la vaccinazione dei neonati presenta un rapporto costo/beneficio maggiore che la vaccinazione di persone di età più elevata. Tuttavia, finora, nessuno sforzo chiaro è stato compiuto in questa direzione nel nostro paese. Ora è il nostro turno di esercitare la pressione sulle autorità pertinenti per tutte queste giustissime raccomandazioni, che sono state messe in atto dai nostri colleghi europei ormai cinque anni fa.

Ricapitolando: I nomadi meritano di essere vaccinati contro il virus da Epatite B per le seguenti ragioni:
- Appartengono a gruppi ad alto rischio di contagio.

- Presentano un'alta incidenza di contatto con il virus dell'Epatite B, forse la più alta tra i gruppi presenti in Grecia.
- Hanno dei bassi standard di igiene, personale e pubblica, per mancanza di acqua e di fognature.
- Hanno molte probabilità di procurarsi graffi e ferite, che senza adeguate medicazioni rimangono aperte. Queste ferite si possono verificare in ogni momento, nel gioco oppure nel maneggiare oggetti contundenti, a causa dell'ambiente stesso in cui vivono e lavorano.
- La trasmissione del virus è facilitata dalle secrezioni corporee nell'ambiente sovraffollato nel quale vivono.
- Hanno una vita sessuale precoce, causa di trasmissione orizzontale e verticale (dalla madre al bambino). Questa trasmissione in età precoce favorisce in proporzioni importantissime il passaggio alla cronicità della malattia.

Network Drom - Grecia

Campagna della rete DROM per la vaccinazione contro l'Epatite B ai nomadi, rifugiati, immigrati e detenuti

sintesi della conferenza stampa della 'Network Drom' tenutasi a Salonicco - Grecia il 25.06.1998

Il 2 giugno 1998, il Volontariato della Rete 'DROM', un'organizzazione non governativa senza scopo di lucro impegnata da tre anni contro l'esclusione degli Zingari nella città di Salonicco (Grecia), ha tenuto una conferenza stampa per promuovere la sua proposta per la vaccinazione immediata contro l'Epatite B, dei nomadi, rifugiati, immigrati e detenuti, considerando che i gruppi summenzionati sono ad alto rischio di contagio di tale infezione.

Secondo DROM, questa vaccinazione, come è stato già suggerito dalla direzione dell'Organizzazione Mondiale per la Salute, nel novembre 1997 a Madrid, costituisce un obbligo per lo Stato greco ed in particolare per il proprio Ministero per la Salute. La proposta per un'immediata vaccinazione contro l'Epatite B era basata su dati scientifici forniti durante la medesima conferenza stampa dal Dott. Alexandros A. Papachristou, Capo del Dipartimento di Medicina Interna dell'Ospedale per Malattie Infettive Specifiche di Salonicco, Grecia. Molte organizzazioni hanno adottato questa proposta, come l'organizzazione denominata 'Rete per i Diritti Politici e Sociali, ARSIS' ed il Dipartimento della Prefettura per l'Igiene di Salonicco, mentre un membro della sinistra del Parlamento Nazionale, la Sig.ra Stella Alfieri, della 'Coalizione per il Progresso', ha portato la proposta in Parlamento il 26 giugno 1998.

'DROM' ha redatto un rapporto dettagliato sull'argomento, includendo dati che dimostrano il fatto inconfutabile che i nomadi sono uno dei sottogruppi più a rischio di infezione da Epatite B, con un aumento percentuale altissimo. Secondo la relazione scientifica del Dott. Ioannis Boukovinas, Vice Presidente del Dipartimento greco di Medici del Mondo, durante la conferenza tenuta dalla Prefettura di Salonicco, le analisi dei campioni di sangue compiuta nei campi nomadi dei sobborghi di Menemeni, Salonicco, presi nel periodo dal 30 novembre al 6 dicembre 1997, hanno dimostrato che l'infezione da Epatite B colpisce il 65% della popolazione.

volti di persone
nomi sparsi nel tempo
portati dal vento
nomi di volti
alcuni noti altri sconosciuti
volti di persone che hanno
incrociato altri volti
persone sempre presenti
anche se lo sguardo
non c'é più
nomi senza volti
per guardare
oltre l'infinito